

EUNICE MARIA HIRT

***A PARTICIPAÇÃO NA VISÃO DOS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: em busca do
exercício da cidadania democrática***

Florianópolis
Dezembro, 2005.

EUNICE MARIA HIRT

***A PARTICIPAÇÃO NA VISÃO DOS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: em busca do
exercício da cidadania democrática***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: DRA. FRANCINE LIMA GELBCKE

FLORIANÓPOLIS,
DEZEMBRO DE 2005.


EUNICE MARIA HIRT

***A PARTICIPAÇÃO NA VISÃO DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: EM BUSCA DO EXERCÍCIO DA
CIDADANIA DEMOCRÁTICA***

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

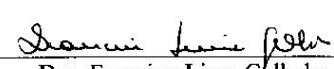
Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em dezembro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

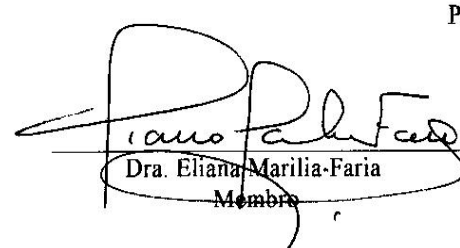


Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

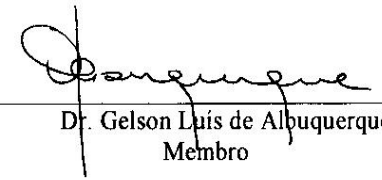
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Francine Lima Gelbcke
Presidente



Dra. Eliana Marília-Faria
Membro



Dr. Gelson Luís de Albuquerque
Membro

Dra. Maria do Horto F. Cartana
Membro Suplente

Dedico este trabalho à...

Meu esposo e amigo Cláudio, meu verdadeiro amor, a quem admiro por sua serenidade, força interior, companheirismo e a minha amada filha Cefysa, sem os quais minha vida não teria sentido, que souberam respeitar os meus momentos de ausência, tensão e mesmo mau humor ao longo do caminho, pelo apoio incondicional na conquista dos meus sonhos, pelo amor que me alimenta cada dia, por vocês sou. Está vitória é muito mais de vocês do que minha.

Meu pai Arthur (in memoriam), pelo exemplo de coragem, pelo dom da vida, Saudades.

Minha mãe Maria, pelo amor incondicional, incentivo nos momentos de desânimo, que a faz modelo de mãe, a quem eu agradeço pela minha formação pessoal. Eu te amo.

AGRADECIMENTOS

Este foi apenas um longo passo nesta caminhada e muitas são as pessoas que me acompanharam, tornando-a menos árdua e mais feliz. A todas elas, meu carinho, respeito e sinceros agradecimentos.

A Deus, por ter estado sempre comigo dando-me paz, força e coragem durante toda esta longa caminhada.

O que dizer de minha professora orientadora Francine? Que quando deveria ser mestre, foi amiga e em sua amizade fez de nossos encontros momentos marcados por apoio incondicional, incentivos, paciência, colaboração e compreensão. Sem o seu exemplo de vida, respeito, a sua delicadeza e a sua tranquilidade em todos os meus momentos de loucura este trabalho nunca chegaria ao fim. Minha gratidão por todos os ensinamentos, por acreditar nas minhas potencialidades, pelas importantes contribuições neste trabalho e pela hospitalidade com que me acolheu.

Ao professor Gelson, pela convivência nesses últimos anos acompanhando minha trajetória profissional, pelo apoio e ajuda em momentos difíceis, pelas conversas informais, pelo exemplo de luta profissional que contribuíram na minha formação, construção e transformação. Adoro você.

Aos membros da banca professoras (os) Eliana Farias, Maria do Horto, Gelson e Dda. Jade, pela disponibilidade em avaliar este trabalho, pelas contribuições e incentivos.

As idéias contidas nesta dissertação surgiram não apenas como fruto de reflexões individuais. Várias pessoas tiveram sua parcela de influência, refutando ou ratificando minhas convicções ou, simplesmente ouvindo.

Agradeço as professoras Flávia Regina, Marta Prado pelo norte nesta caminhada. Agradeço especialmente as (aos) colegas de mestrado Leandro Pinho, Terezinha Honório, Mônica Siedler, Neli Canassa, Simone Caruzzo, Gisele Manfrini, Rita Flor, pelos risos proporcionados em tantos momentos de stress.

Às companheiras do grupo Práxis, por proporcionar a ampliação do aprendizado, pelo compartilhamento de conhecimentos, pelas contribuições, pelo incentivo e carinho. Muito obrigada.

Aos sujeitos, trabalhadores de enfermagem e em especial, aqueles que participaram desta pesquisa (Fofa, Bolinha, Joaquina, Avai, Rosa, Pupi, Luz, Lua, Margarida, Marina, Esperança, Daniel, Borboleta, Beija-flor, Sol e Girassol), por permitirem partilhar um pouco do seu mundo, dividindo comigo a responsabilidade de repensar a participação no processo decisório no trabalho, e, acima de tudo por acreditarem que é possível transformar a realidade, tornando possível este estudo. Meu carinho e sinceros agradecimentos.

Às minhas amigas especiais de tantos anos: Ita (pelos puxões de orelha), Tânia Teotônio (pelo

aprendizado constante, pelo exemplo), Márcia Binder (pelas conversas, festas, risos), Maria Gliolândia (pela paixão pela vida, pelo impulso, pelo contágio), Nina (pela doçura), com as quais divido intensamente meus momentos de dificuldades e felicidades na trajetória da vida, do trabalho no HfU e também, desse processo de formação. Obrigada pela amizade, fidelidade, companheirismo, carinho, respeito e pelo constante apoio. Amo vocês.

À minha também grande amiga Rozeli, a quem dividi muitos momentos de incertezas e de muitas felicidades. Obrigada pelo colo, por sempre acreditar, pelo grande incentivo nos meus primeiros passos como enfermeira, pelo exemplo profissional, pelas lágrimas, pelo respeito e pelas doces palavras. Você mora no meu coração.

Aos colegas e amigos (as) do Serviço de Enfermagem de Emergência Adulto/HfU que, de alguma forma, contribuíram para que eu pudesse realizar este mestrado. Em especial a Penélope (por dividir as angústias e conquista nesta jornada), Magali e Patrícia (pela atenção, estímulo, confiança e extrema colaboração nas trocas de plantões), Deolinda, Rozete e Valmir (pelo incentivo mesmo distante), ao Ilsonir, Sérgio (pelo companheirismo), Silmara (pelo sorriso constante), Érico e Circe, que souberam entender minhas ausências. Obrigada pela amizade e apoio.

A Nazaré, que me fez perceber a importância de ampliar e compartilhar o conhecimento, pelo estímulo, incentivo e contribuições. A Tânia Rebelo pelas contribuições, pelo apoio.

Eliane Matos, eu não me esqueci de você. Na verdade você necessita de um espaço só seu, pela importância que você teve para mim, pois, além do exemplo de democracia, a sua ajuda sempre presente para contribuir nesta trajetória. Obrigada pelo carinho, apoio, pelo ombro amigo.

Às minhas filhas de coração, Janara e Julianna sempre fofas, pela convivência e em especial, nas minhas dificuldades relacionadas à tecnologia computadorizada.

Aos meus fiéis amigos inseparáveis Zita e Carlos, pessoas iluminadas, que partilham angústias, alegrias, felicidades e com os quais percorro intensamente a vida. Minha eterna gratidão pelo amor incondicional, pelo apoio, por acreditarem no meu sucesso pessoal, por vibrarem com as minhas conquistas profissionais, pelo respeito, por entenderem minha pequena distância nestes dois últimos anos, mas eu já estou retornando...

Aos professores da Pós-Graduação, pelo respeito e oportunidade de ampliação do conhecimento.

Às funcionárias da Pós-Graduação, especialmente a Cláudia e Milena pela disponibilidade e atenção dispensada durante o curso.

A UFSC, por me permitir realizar tanto a minha graduação, quanto o mestrado numa universidade pública, gratuita e com qualidade.

Ao Hospital Universitário pela preocupação em estimular a capacitação dos trabalhadores, apesar das limitações existentes.

*Eu não conseguiria agradecer a todos que de várias formas me ajudaram, mas de qualquer modo, se você não está aqui, aí vai o meu **OBRIGADO!!!***

HIRT, Eunice Maria. **A participação na visão dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário**: em busca do exercício da cidadania democrática. 2005. 293f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

RESUMO

Este estudo, fundamentado no materialismo histórico e dialético. Teve como objetivo analisar como se dá a participação dos sujeitos trabalhadores de enfermagem nos espaços formais de tomada de decisão, a partir da percepção dos mesmos, indicando novos caminhos como estratégias de reorganização desses espaços participativos, no sentido de efetivar o exercício da cidadania democrática do sujeito trabalhador. O suporte teórico conta com uma revisão de literatura acerca da evolução histórica da administração e suas influências na organização do trabalho da enfermagem, bem como, a contextualização histórico-social da organização do trabalho na instituição pesquisada. A apreensão dos dados empíricos foi realizada junto aos trabalhadores de enfermagem da Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa, sendo utilizado na coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a análise documental. Teve como grupo amostral 16 sujeitos trabalhadores dos três níveis profissionais: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, divididos em dois grupos: os sujeitos trabalhadores que atuam como representantes nos espaços formais e os que atuam como representados lotados em duas das Divisões da diretoria. Falar de participação, no contexto da enfermagem do HU, mostrou-se bastante complexo, devido às subjetividades dos sujeitos trabalhadores, das ideologias, das representações e valores, dos relatos permeados de desencontros entre o discurso e a prática. A partir dos achados dessa pesquisa, pode-se confirmar que alguns aspectos estruturais, organizacionais, relacionais, psicossociais e comunicacionais atuam como condicionantes negativos para a participação. Este estudo também averiguou que muitas das dificuldades estão relacionadas a forma como o trabalhador concebe o termo participação, podendo estar ligada à própria formação política do sujeito trabalhador, o que demonstra uma necessidade de maior entendimento, assimilação. Quanto às alternativas de resolução, os trabalhadores indicam algumas estratégias como implementação de espaços de discussão na equipe de enfermagem, no cotidiano das unidades, entre os trabalhadores de nível médio, reformulação da assembléia geral e das formas de escolha dos representantes, entre outras, apontando uma tomada de consciência acerca da participação. A partir desses indicativos, reforça-se que a Gestão Participativa que vem sendo implantada na enfermagem do HU só se formará por meio da consciência social-política dos sujeitos trabalhadores.

Palavras-chave: Participação. Representação. Enfermagem. Organização do trabalho.

HIRT, Eunice Maria. **Participation from the perspective of nursing workers in a University Hospital**: a search for the exercise of democratic citizenship. 2005. 293f. Dissertation (Master's in Nursing) - Post-Graduate Program in nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ABSTRACT

The objective of this study, founded upon historical and dialectic materialism, was to analyze how one gives participation to the working subjects of nursing in formal areas of decision-making, through the perception of the very workers themselves, indicating new paths for the reorganization of these participatory spaces, in the sense of making effective the exercise of democratic citizenship of the working subject. The apprehension of the empirical data occurred together with the nursing workers of the Nursing Directory at the University Hospital (HU) of the Federal University of Santa Catarina (UFSC). This study is a qualitative case study which uses the semi-structured interview and documental analysis as its means for data collection. The sample group consisted of 16 working subjects on three professional levels: Nurses, Nursing Technicians, and Nursing Assistants. The sample was divided into two groups: the working subjects who act as representatives in formal areas and those that are represented. Dealing with participation, in the context of the HU of UFSC, proved to be quite complex, due to the subjectivity of the working subjects, the ideologies, the representations and values, and the permeated reports from misconceptions between discourse and practice. From the findings of this study, one is able to confirm that some structural, organizational, relational, psychosocial, and communicative aspects act as negative conditioners towards participation. This study also investigates that many difficulties are related to the form in which the worker conceives the term "participation", being that it is related to the very political education of the working subject. This demonstrates a need for comprehension of the role of the subject and the citizen of the institution. As for the resolution alternatives, the workers indicate some strategies for implementation of areas for discussion within the nursing team, in the daily life of the units, among the middle-level workers, reformulation of the general assembly and the methods of choice of the representatives, among others, which points out an increase in consciousness towards participation. From these indications, I reinforce that the Participative Management which has come to be implanted in nursing in the HU can only take place via the social-political consciousness of the working subjects.

Keywords: Participation. Representation. Nursing. Organization of Work.

HIRT, Eunice Maria. **La participación según la visión de los trabajadores de Enfermería de un Hospital Universitario**: la búsqueda del ejercicio de la ciudadanía democrática. 2005. 293f. Disertación (Maestrado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

RESÚMEN

Estudio fundamentado en el materialismo histórico y dialéctico, tuvo como objetivo analizar como se presta la participación de los sujetos trabajadores de enfermería en los espacios formales a partir de la toma de decisiones, según la percepción de los mismos, apuntando nuevos caminos para la reorganización de esos espacios participativos, en el sentido de hacer efectivo dicho ejercicio de la ciudadanía democrática del sujeto trabajador. La obtención de los datos empíricos fue realizado junto a los trabajadores de enfermería de la Directoría de Enfermería del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. Investigación de naturaleza cualitativa, con modalidad de estudio de caso, para la recolección de los datos se utilizó la entrevista semi-estructurada y el análisis documental. La muestra estuvo conformado por 16 sujetos trabajadores de los tres niveles profesionales: enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería, divididos en dos grupos: los sujetos trabajadores que actúan como representantes en los espacios formales y los que son representados. Hablar de participación, en el contexto de la Enfermería del HU, se manifestó bastante complejo, debido a las subjetividades de los sujetos trabajadores, de las ideologías, de las representaciones y valores, de los relatos o narraciones orientadas a partir de los desencuentros entre el discurso y la práctica. A partir de los hallazgos de ésta investigación, pude confirmar que algunos aspectos estructurales, organizacionales, relacionales, psico-sociales y comunicacionales actúan como condicionantes negativos para la participación. Este estudio también, constató que muchas de las dificultades se relacionan con la manera como el trabajador interpreta el término participación, pudiendo ella estar ligada a la propia formación política del sujeto trabajador, lo cual demuestra una necesidad frente a la comprensión de su rol como sujeto y ciudadano de la institución. Con respecto a las alternativas de resolución, los trabajadores indican algunas estrategias tales como: la implementación de los espacios de discusión en el equipo de Enfermería, en el cotidiano de los servicios, entre los trabajadores de nivel medio, la reformulación de la asamblea general y la forma de elección de los representantes, entre otros; señalando una toma de conciencia acerca de la participación. A partir de dichos indicadores, se reforzó que la Gestión Participativa que viene siendo implantada en la Enfermería del HU, solamente se formará mediante una conciencia social y política de los sujetos trabajadores.

Palabras clave: Participación. Representación. Enfermería. Organización del trabajo.

LISTA DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem.

CADE – Conselho Administrativo de Enfermagem.

CASEEA – Conselho Administrativo do Serviço de Enfermagem da Emergência Adulto.

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CCQ – Circulo de Controle de Qualidade Total.

CCS – Centro de Ciências da Saúde.

CEEn – Comissão de Ética da Enfermagem.

CEPEn – Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem.

COFEn – Conselho Federal de Enfermagem.

COREn – Conselho Regional de Enfermagem.

CPMA – Comissão Permanente de Materiais de Assistência.

DAP – Departamento Administrativo de Pessoal.

DDPP – Departamento de Desenvolvimento de Potencial de Pessoas.

DE – Diretoria de Enfermagem.

DEC – Divisão de Enfermagem Cirúrgica.

DEEA – Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório.

DEM – Divisão de Enfermagem Médica.

DESCAM – Divisão de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

HU – Hospital Universitário.

MEC – Ministério de Educação e Cultura.

MP – Movimento Participação.

NM – Nível Médio.

NS – Nível Superior.

POI – Programa de Orientação Introdutório.

RI – Regimento Interno.

SC – Santa Catarina.

SEEA – Serviço de Enfermagem da Emergência Adulto.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

VTM – Vivendo e Trabalhando Melhor.

SUMÁRIO

1 PALAVRAS INICIAIS	13
2 OBJETIVOS	21
2.1 GERAL	21
2.2 ESPECÍFICOS	21
 3 REVISÃO DE LITERATURA.....	 22
3.1 O SIGNIFICADO E A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ADMINISTRAÇÃO	22
3.2 A PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO ORGANIZACIONAL.....	41
3.2.1 O sentido e as concepções de participação	43
3.2.2 Gerenciando a influência.....	48
3.3 A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM E OS INDICATIVOS DE MUDANÇA	55
 4 CONTEXTO EMPÍRICO A LUZ DA REVISÃO DE LITERATURA: O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFº. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO	 66
4.1 IDENTIFICANDO A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.....	67
4.1.1 A Organização estrutural da enfermagem.....	74
4.2 O GERENCIAMENTO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM DO HU	78
 5 REFERENCIAL TEÓRICO–METODOLÓGICO.....	83
5.1 PRESSUPOSTOS.....	83
5.2 O MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO	84
5.3 OS PRINCÍPIOS DA PARTICIPAÇÃO	86
5.4 OS CONCEITOS.....	87
5.5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	96
5.5.1 A pesquisa	97
5.5.1.1 O método de estudo de caso	98
5.5.1.2 Abordagem Dialética.....	99
5.5.2 O cenário do estudo.....	105
5.5.2.1 Definindo os sujeitos	106
5.5.3 Desenhando a pesquisa	109
5.5.4 Aspectos éticos	113
 6 PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES À CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA DO SUJEITO TRABALHADOR	 116
6.1 PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO: ALGO CONQUISTADO OU CONSENTIDO?	116
6.1.1 O significado de participação	117
6.1.2 Os espaços de participação formais e informais	127
6.2 A REPRESENTAÇÃO E SUA LEGITIMIDADE	179
6.2.1 O processo de escolha dos representantes.....	179
6.2.2 O significado de representar e ser representado	186
6.3 OS CONDICIONANTES DA PARTICIPAÇÃO VIVENCIADOS PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	193
6.3.1 Facilidades no processo de participação.....	193
6.3.2 Dificuldades para o processo de participação.....	198
6.4 PREPARANDO A ENFERMAGEM PARA UMA GESTÃO PARTICIPATIVA.....	209
6.4.1 Revendo os processos de escolha	211
6.4.2 Os Espaços formais e informais – ampliando horizontes	214
6.4.2.1 Assembléia Geral da Enfermagem	215
6.4.2.2 Colegiado de Chefias e Conselho Administrativo de Enfermagem (CADE).....	218
 7 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	243
 REFERÊNCIAS.....	 257

APÊNDICES.....	267
APÊNDICE A - COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM/DE/HU	268
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	269
Apêndice B1: Roteiro para a entrevista semi-estruturada – Sujeito Trabalhador.....	269
Apêndice B2: Roteiro para a entrevista semi-estruturada – Representantes	270
APÊNDICE C – CARTA - CONVITE	271
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	272
 ANEXOS	 273
ANEXO 1 – ORGANOGRAMA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 1997	274
ANEXO 2 - ORGANOGRAMA DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DE MAIO/2000 (SIGLÁRIO A SEGUIR).....	275
ANEXO 3 – REGIMENTO INTERNO DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM/ HU/UFSC.....	278
ANEXO 4 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	293

1 PALAVRAS INICIAIS

Às inquietações que se teve na trajetória profissional na enfermagem, quer como técnica de enfermagem, quer como enfermeira e chefe do Serviço de Enfermagem da Emergência Adulto (SEEA) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), entre as quais se destaca: as relações de trabalho, o gerenciamento e a organização do trabalho, mas, principalmente, a participação dos atores, sujeitos sociais, os trabalhadores de enfermagem, no processo decisório, na tomada de decisão.

Nesta perspectiva, realizou-se o presente estudo. Partiu-se da realidade específica dos espaços formais de participação, existentes na Diretoria de Enfermagem (DE) do HU/UFSC e se buscou compreender, na ótica dos trabalhadores de enfermagem que atuam como representantes dos diversos níveis profissionais, nestes espaços participativos; e, dos demais trabalhadores que atuam indiretamente nestes espaços formais, como se dá a participação dos mesmos na tomada de decisão.

A enfermagem do HU/UFSC em sua trajetória é influenciada pelo ambiente externo na sua forma de organizar o trabalho, dependendo de cada momento histórico. Na década de 80, o gerenciamento do trabalho da enfermagem era executado pelas chefias de enfermagem e enfermeiros assistenciais, sendo pautado pela fiscalização, controle, vigilância e um “poder” autoritário, evidenciado nas normas e nas relações interpessoais. Tais relações ficavam visíveis na utilização de uniformes com cores diferenciadas pela equipe de enfermagem, pela hierarquia rígida, pela ausência de espaços de participação da equipe de enfermagem, na diferenciação de condutas entre pessoal técnico/auxiliar de enfermagem e enfermeiros¹, sendo que aos enfermeiros cabiam os papéis de: planejar a assistência, coordenar e supervisionar as atividades executadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem.

¹ Entende-se que a enfermagem é uma profissão hegemonicamente feminina, porém está presente na profissão o gênero masculino. Sendo assim, utilizar-se-á a denominação enfermeiro, técnico, auxiliar, trabalhador, ao se referir aos profissionais que atuam na enfermagem, como termo genérico da língua portuguesa.

No final da década de 80, o processo de abertura política que acontece no país se reflete nas instituições públicas e a enfermagem do HU passa a repensar suas ações enquanto categoria. As condutas administrativas ficam um pouco mais flexíveis, abre-se um espaço tímido para a participação do pessoal de enfermagem. Instalam-se eleições diretas para as chefias de enfermagem, surge a assembleia geral e o colegiado de enfermeiros como instâncias para tomada de decisão. O uniforme passa a ser o mesmo para todos os profissionais de enfermagem. Apesar dos pequenos espaços de participação conquistados, os trabalhadores de enfermagem ainda não se sentiam suficientemente reconhecidos pelos “gerentes” enfermeiros, pois as relações de poder permaneciam inalteradas, impedindo modificações nas relações internas da equipe de enfermagem, tais como: a falta de interação humana, de socialização, de valorização do potencial humano, a falta de informações, a impossibilidade de expressão.

Em meados de 90 passou-se, por meio de concurso público, a exercer funções de enfermeira, o que possibilitou vivenciar-se e, assim observar melhor a organização gerencial do trabalho de enfermagem. Destaca-se, neste contexto, a inexistência de um plano geral de ação proposto pelo HU, ficando a gerência dos trabalhos a critério de cada chefia de unidade, estando baseada na decisão pessoal, individual, no improviso, levando as diferentes formas de concepções gerenciais, a disparidades de idéias, ocasionando formas distintas na organização do trabalho nas unidades de serviço. Essa divergência diz respeito, principalmente, à influência da forma de organização, nas tensões das relações no trabalho ligadas à **autonomia x controle – poder sobre**, pois o espaço aberto para a participação na vida política da instituição não alcançava todas as instâncias.

A realidade que experienciou-se, era de uma organização hospitalar burocrática, hierarquizada nas posições de cargos e funções sustentadas no exercício do poder, decorrentes da diferenciação de formas (a diferença de atribuições e responsabilidades), pautada no modelo de organização “taylorista-fordista”. Nesta realidade, o processo decisório estava centrado apenas no enfermeiro, o que contribuiu para o crescimento das inquietações sobre a manutenção dos princípios deste modelo de organização do trabalho e a necessidade de construção de uma outra realidade.

Matos (2002, p. 14), identificou em várias bibliografias, a partir de meados dos anos 80

[...] críticas sobre o trabalho da enfermagem, sobre relações de trabalho, fazendo uma relação entre as críticas à organização capitalista do trabalho em outros setores da sociedade com a forma hegemônica de organização do trabalho da enfermagem institucionalizada.

Neste sentido, Faria (1995, p. 19) salienta que as instituições de saúde não proporcionam aos seus profissionais “espaços para a discussão que lhes permitam transcender a objetividade de suas ações e a objetivação dos indivíduos que os procuram”.

Em 1996, a Diretoria de Enfermagem (DE) que assumiu a gestão, percebendo as dificuldades deste modelo administrativo, procurou implementar algumas mudanças, sendo que um dos projetos denominou-se “Vivendo e Trabalhando Melhor” (VTM). O Programa Vivendo e Trabalhando Melhor foi uma alternativa para se trabalhar as dificuldades sentidas com as relações de trabalho na enfermagem. Esse programa teve como objetivo otimizar as relações de poder internas da categoria, por meio da reflexão e atualização das identidades pessoais, profissionais e institucionais. Segundo Leite e Ferreira (1997), esse programa buscou novos valores profissionais, além de desenvolver a capacidade de auto-avaliação, como forma de resistência ao trabalho extremamente hierarquizado. Este projeto foi desenvolvido com a assessoria do Centro de Aprendizagem Vivencial², durante 04 anos, tendo como facilitadores: Leite e Ferreira³.

O VTM, durante este período de gestão (1996-2000), foi direcionado aos diversos níveis profissionais de enfermagem. Primeiramente, participaram os enfermeiros, a fim de mobilizar e elaborar um diagnóstico situacional destes na instituição. Após, o programa foi estendido ao corpo gerencial e, também, aos demais trabalhadores de enfermagem. No entanto, em todos os grupos foi dada ênfase na questão do relacionamento interpessoal na enfermagem como fator primordial da organização do trabalho.

Neste sentido, Leite e Ferreira (1997), em sua análise, explicitam que os

² É um órgão de consultoria, com sede em Brasília – DF, que implementa programas institucionais no Brasil. Estes programas apresentam uma abordagem psicopedagógica que objetiva facilitar os processos de relação grupal e a integração pessoal, focando os aspectos sociais e psicoemocionais presentes na interação do indivíduo com os diversos grupos e buscando a compreensão do processo vital humano, segundo uma perspectiva complexa e sistêmica. Um destes programas é denominado “Vivendo e trabalhando Melhor”. O desenvolvimento destes programas se dá por meio dos consultores Edimar Leite e Luiz Carlos Ferreira (CAPELLA et al., 2002).

³ LEITE, Edimar, Graduado em Comunicação Social (UnB). Arte-Educador e Terapeuta Corporal. Diretor do Centro de Aprendizagem Vivencial, criador e facilitador do Sistema de Aprendizagem Vivencial; FERREIRA, Luis Carlos, Engenheiro Cícil (USP), Pós-Graduado em Geotecnia (USP). Mestre e Doutorando em Sociologia (UnB). Facilitador do Sistema de Aprendizagem Vivencial.

técnicos e auxiliares de enfermagem manifestaram a insatisfação quanto ao desenvolvimento de suas atividades. Esta insatisfação está ligada ao desrespeito ao seu saber técnico, a subordinação aos enfermeiros e a não participação nas decisões que envolvem questões relacionadas às suas tarefas e no planejamento da organização do serviço. Os autores dizem que entre os gerentes, ressalta-se a crise de identidade provocada pelo afastamento da assistência ao paciente, em função do papel gerencial que exige o cargo. E por fim, os autores confirmaram o que alguns enfermeiros já vinham percebendo, isto é, as situações constantes de disputas e desvalorização do trabalho entre o grupo de trabalhadores de Nível Superior e o grupo de Nível Médio.

Após o término desse diagnóstico, as dificuldades reveladas foram trabalhadas em várias etapas do VTM, envolvendo os trabalhadores de enfermagem. Finalizando, os facilitadores fazem algumas recomendações no sentido de auxiliar os enfermeiros a lidar melhor com essas dificuldades relacionais: desenvolver um espírito de equipe, criar mecanismos de participação de todos os níveis profissionais de enfermagem na organização do trabalho (LEITE; FERREIRA, 1997; 1998).

Em relação aos mecanismos de participação, Torres (2003), em estudo, discute, entre outros aspectos, a participação dos trabalhadores do HU, referindo que os métodos utilizados para incentivar as pessoas têm como intuito melhorar os resultados técnicos. A autora afirma que os trabalhadores precisam despertar a capacidade de participação, “de ter consciência de seus atos, de conseguir argumentar sobre suas idéias, de saber respeitar as posições, os limites e buscar interesses globais” (TORRES, 2003, p. 265).

Corroborando com estes pensamentos, Matos (2002, p. 128) em estudo também realizado no HU, formulou indicativos para uma nova organização do trabalho da enfermagem, onde reafirma a necessidade de mecanismos de participação com “características emancipatórias para o trabalhador podendo concretizar-se a partir da participação destes em seus locais de trabalho e nas questões gerais da instituição”.

Ao analisar o regimento interno do HU, Pereira (2003, p. 235) alerta para a necessidade de se esclarecer a filosofia, a missão e a visão, pois se apresentam implícitas nas funções dos gerentes, porém, “não deixa claro na mente estes conceitos, nem os objetivos e finalidade, [...] em conseqüência os gerentes não

podem trabalhar melhor os objetivos específicos de cada órgão. [...] a ausência destes conceitos e conseqüentemente da consciência, não gera responsabilidade nas pessoas”. A autora sugere ser relevante o esclarecimento destes conceitos e que os mesmos devam ser construídos de forma coletiva, através dos valores e idéias de cada indivíduo, resultando em pensamentos integrados e harmônicos, gerando um objetivo comum a todos e à instituição.

Além disso, Pereira (2003) ressalta que na função de coordenação do gerente, a criatividade e o espírito de liderança devem estar presentes, tendo que estar claro, para os trabalhadores envolvidos, a visão do contexto. Destaca, ainda, que nos setores do HU onde há participação dos trabalhadores, os gerentes têm maior prosperidade e menor desgaste na resolução dos problemas.

Desta forma, acreditando-se que a transformação da realidade é o desafio para as atuais práticas de gestão dos serviços de saúde; procurou-se contribuir para a mudança desta realidade, minimizando questionamentos acerca do modelo gerencial administrativo vigente na DE, no que diz respeito ao processo decisório, quando se assumiu a chefia do Serviço de Enfermagem de Emergência Adulto (SEEA), em julho de 2002, iniciou-se o processo de reflexão sobre a implantação de uma nova forma de organização, que propiciasse o processo participativo. Esta nova forma de participação possibilitaria, também, a reorganização do trabalho, permitindo a criatividade, a manifestação da subjetividade, o reconhecimento do “saber” dos trabalhadores, bem como melhorar as relações de trabalho, refletindo na vida e no trabalho dos sujeitos que participam do processo de trabalho neste setor.

Concorda-se com Gandin (1994), quando afirma que a administração não deve se concentrar nas mãos de uma só pessoa, mas de um grupo comprometido com o rumo traçado politicamente por todos. Por compartilhar-se desta idéia, a proposta de trabalho foi de administrar-se o SEEA conjuntamente com os trabalhadores de enfermagem deste setor. Isto é, formar um grupo de representação que compartilhasse idéias, colaborasse no levantamento de problemas (assistencial e administrativo) e que traçasse coletivamente os objetivos. Assim, o SEEA estaria sendo administrado por ações compartilhadas, oportunizando aos membros da equipe, ser parceiros e co-responsáveis pelas decisões.

Assim sendo, e por se confiar no potencial dos trabalhadores de enfermagem como atores sociais e, portanto, construtores da história, é que se deu início em 06 de janeiro de 2003, ao processo de discussão e implantação do **Conselho**

Administrativo do Serviço de Enfermagem da Emergência Adulto (CASEEA).

Este conselho foi formado pelos 08 enfermeiros do serviço, 01 (um) representante de nível médio (técnico e auxiliar de enfermagem) de cada um dos cinco turnos (manhã e tarde = 02, noite = 03), os quais foram escolhidos por seus pares; ainda, 01 escrivão, 01 chefe da Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório (DEEA) e 01 chefe do SEEA.

Inicialmente, o grupo de representantes construiu um regimento interno normativo para orientar as ações do conselho. Também foi realizada a construção do planejamento estratégico participativo da enfermagem da emergência, sendo definidos, além dos problemas a serem trabalhados, a missão e a visão e filosofia do serviço. Em assembléia geral do serviço, para trabalhar-se os problemas emergentes escolhidos, foram criados oito grupos-tarefa, sendo que cada grupo foi composto por quatro ou cinco membros da equipe, estando assim representadas os diversos níveis profissionais de enfermagem. Cada grupo tarefa se encarregou da elaboração do planejamento operacional de um problema específico: objetivos, ações, recursos humanos, materiais e aprazamento, estabelecendo-se responsabilidades pela execução das propostas.

Do processo de construção coletiva que aconteceu com a participação efetiva dos representantes, participaram, também, indiretamente, grande parte da equipe de enfermagem do serviço, por meio de consultas realizadas por seus representantes, contribuindo, desta forma, para a exposição de seus problemas, suas idéias, seus conhecimentos da realidade, suas propostas e ações.

A criação do CASEEA teve como objetivo central iniciar o processo participativo, acentuar a noção de se **trabalhar com, trabalhar junto**, unido pelo mesmo espírito, pela mesma missão. O Conselho deveria ser o porta-voz dos integrantes da equipe de enfermagem, permitindo-lhes a qualquer momento expressar suas opiniões, expectativas, desejos e insatisfações. Assim, tanto os técnicos/auxiliares de enfermagem, como os enfermeiros, puderam se fazer participantes de decisões e responsabilidades, respeitadas as funções e atribuições próprias de cada nível profissional.

Contudo, na finalização da implantação deste processo participativo houve, em meados de 2003, novas contratações de servidores para o Hospital Universitário (HU). Este evento mudou de forma significativa o quadro funcional da emergência adulto/DE, sendo que esses novos trabalhadores de enfermagem não vivenciaram a

reflexão e implantação do conselho administrativo. No final de 2004, estava-se apreensiva com a dificuldade de entendimento dos sujeitos trabalhadores de enfermagem da emergência adulto/HU/UFSC acerca do significado de participação e do papel do CASEEA. Posto isso, acredita-se que parte dos problemas relacionados à organização do CASEEA devia-se à forma totalmente desarticulada com que foram inseridos os novos sujeitos trabalhadores contratados, via concurso público, no setor de emergência, o que dificultava a participação efetiva destes junto ao referido Conselho e na tomada de decisão. Sendo assim, aproveitou-se a oportunidade que o Projeto Assistencial em Enfermagem e de Saúde⁴, do Curso de Mestrado em Enfermagem/UFSC proporcionava e desenvolveu-se um processo educativo-reflexivo em oficinas, com os sujeitos trabalhadores de enfermagem do referido setor, acerca da importância da participação no processo decisório e do papel do conselho administrativo.

Nas oficinas desenvolvidas com estes trabalhadores, buscou-se, por meio do relato da experiência vivida no cotidiano do trabalho, propiciar a problematização da realidade observada, no que diz respeito aos problemas que interferiam na participação efetiva na tomada de decisão e oportunizar a viabilização de propostas/possibilidades. Procurou-se, também, levantar as dificuldades e limites para a mudança desta realidade.

Após análise dos dados gerais da prática assistencial, pode-se dizer que os sujeitos trabalhadores compreendem o significado de conselho, de participação e, manifestam a necessidade de espaços participativos. Porém, não percebem o CASEEA como um espaço de participação no processo decisório, bem como, não reconhecem/visualizam a figura de seus representantes como sendo os porta-vozes de suas vontades e desejos.

Com isso, novas reflexões surgiram partindo do resultado da prática assistencial, apontando a necessidade de um aprofundamento, o que motivou a realização deste tema na dissertação, qual seja: no HU existem diferentes instâncias formais que permitem a participação: Assembléia de Servidores da Enfermagem, como instância maior para a tomada de decisão; o Colegiado de Enfermeiros; a representação em diferentes Comissões permanentes do nível superior (NS) e em

⁴ Nesta, segundo o plano de ensino, os alunos, sob a orientação de seu professor orientador, deveriam elaborar, implementar e relatar/avaliar um Projeto Assistencial que incluísse os aspectos éticos e educativos.

nível médio (NM); bem como, as reuniões de serviços. Porém, será que estes espaços são reconhecidos e exercidos efetivamente como espaços de participação e de tomada de decisão? Coligado com estes espaços participativos, em meados de 2004, houve a posse da nova Direção Geral e DE do HU, que apresentou no seu plano de gestão, implantar a Gestão Participativa.

Frente a isto, resolveu-se ampliar a proposta inicial que estava focada no Conselho Administrativo da emergência e, investigar-se como ocorre a prática da participação nas diversas instâncias formais dentro da Diretoria de Enfermagem. Contudo, procurou-se buscar respostas para alguns questionamentos surgidos durante a realização da prática assistencial, quais sejam: como é vivenciada a participação nas instâncias decisórias; como os trabalhadores de enfermagem percebem estes espaços para tomada de decisão e como percebem o seu representante nestes espaços.

Considerou-se que é somente por meio da reflexão crítica do cotidiano que se pode promover mudança na postura profissional e assim mudar a realidade. Um dos caminhos para melhorar as condições de vida no trabalho é a reformulação do modo de pensar e agir, no estabelecimento de parcerias, tornando os trabalhadores atores sociais co-responsáveis pelo processo de trabalho.

Bordenave (1994); Demo (2001); Maximiano (1995); Mendonça (1987) e Motta (2002) afirmam que, o exercício da participação requer paciência e acompanhamento por quem o está implantando. Deve-se considerar isso, quando se pensar na ocupação de espaços de participação pela equipe de enfermagem, posto que, a mesma não está acostumada a participar devido aos longos anos de um gerenciamento autoritário e alienante.

Com este estudo, acredita-se poder contribuir para uma análise dos espaços de participação (comissões permanentes, assembléia, reuniões dos serviços, colegiado, conselho) existentes na Enfermagem da DE/HU/UFSC, propiciando-se uma real avaliação da efetiva participação dos trabalhadores na tomada de decisão. Portanto, pretende-se responder, nesta dissertação, a seguinte questão de pesquisa: **como os sujeitos trabalhadores integrantes da equipe de enfermagem/HU/UFSC participam nos espaços formais existentes na Diretoria de Enfermagem e que outras possibilidades são consideradas para propiciar uma efetiva participação?**

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar como se dá a participação dos sujeitos trabalhadores de enfermagem da DE/HU/UFSC desenvolvidas nos espaços formais de tomada de decisão.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar como os sujeitos trabalhadores de enfermagem percebem os espaços formais de participação.
- Caracterizar a interlocução dos representantes e representados, acerca da participação.
- Apontar novas possibilidades para a construção de efetivos espaços participativos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O SIGNIFICADO E A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ADMINISTRAÇÃO

A palavra *administração* é usada tão freqüentemente no dia-a-dia, que parece não haver dúvidas com relação a seu significado. Porém, se faz necessário sua definição, principalmente no que concerne à diferença entre Administração e Gestão.

Em relação à distinção entre essas palavras, Ferreira et al. (2002, p. 6) afirma que

[...] ambas as palavras têm origem latina, *gerere* e *administrare*. **Gerere** significa conduzir, dirigir ou governar. **Administrare** tem aplicação específica no sentido de gerir um bem, dependendo dos interesses dos que o possuem. Administrar seria, portanto, a rigor, uma aplicação de gerir. [...] Na língua francesa a confusão entre os termos *administration* (associado à administração pública) e *gestion* (é visto como a nossa administração de empresas) também existe, sendo complementada pelo uso do verbo *manager*, dispor com cuidado. Para a língua inglesa as palavras *administration* e *management* também são imprecisas, embora *administration* também denote atividades da administração pública.

Para os mesmos autores, na língua portuguesa, o termo gestão se aplica melhor à esfera empresarial. Na prática organizacional, todo indivíduo que desempenha uma função gerencial exerce as funções típicas do administrador, independentemente da sua formação técnica e profissional, em qualquer área de conhecimento (FERREIRA et al., 2002).

Por modo ou modelo de gestão, Chanlat (1995, p. 119), entende como sendo

[...] o conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma empresa para atingir os objetivos fixados. [...] é desta forma que são compreendidas: as condições de trabalho, a organização do trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas de gestão de pessoal, os objetivos, os valores e a filosofia da gestão que o inspiram.

Gelbcke (2002, p. 27) afirma que “o modo de gestão tem relação direta com organização do trabalho, isto é, faz parte do que se entende por modo de gestão. Assim, analisar a evolução da organização do trabalho implica em entender como os processos gerenciais foram se desenvolvendo”.

Ao longo da história administrativa, várias teorias foram elaboradas, cada uma com a visão própria do momento histórico e cultural de quem as elaborava, visando atender as necessidades surgidas com o desenvolvimento industrial de cada época.

Para contextualizar as teorias administrativas, se sintetiza as idéias centrais das que exerceram maior influência na estruturação da DE/HU/UFSC, bem como, se faz destaque aos aspectos da administração participativa que empresta seu delineamento metodológico à proposta central deste trabalho.

A Administração, como atividade relacionada com a cooperação humana, existiu sempre. O estudo científico da administração, porém, é bem mais recente. Historicamente, a administração foi estudada em todos os tempos, embora com percepções, intensidade e métodos variados, fazendo com que o enfoque no processo de trabalho passasse por profundas modificações no decorrer dos tempos. Há, hoje em dia, uma interação muito grande entre a administração, as ciências sociais, o direito, a ciência política, a economia, a sociologia, a psicologia social e a antropologia (MOTTA; VASCONCELOS, 2004).

A administração recebeu enorme influência também da Filosofia, desde os tempos da Antiguidade. O filósofo grego **Sócrates** (470 a.C. – 399 a.C.) expõe o seu ponto de vista sobre administração como uma habilidade pessoal separada do conhecimento técnico e da experiência. **Platão** (429 a.C. – 347 a.C.), filósofo grego, discípulo de Sócrates, preocupou-se profundamente com os problemas políticos e sociais inerentes ao desenvolvimento social e cultural do povo grego. **Aristóteles** (384 a.C. – 322 a.C.), outro filósofo grego, discípulo de Platão, do qual bastante divergiu, deu enorme impulso à Filosofia, abrindo as perspectivas do conhecimento humano na sua época. No seu livro Política, estuda a organização do Estado e distingue três formas de administração pública: monarquia (que pode redundar em tirania); Aristocracia (que pode descambar em oligarquia) e Democracia (que pode degenerar em anarquia). Na Idade Moderna, o maior expoente da época foi **René Descartes** (1596-1650), filósofo, matemático e físico francês considerado o fundador da Filosofia Moderna, criou os famosos princípios cartesianos, que fundamentaram vários princípios da moderna administração, como os da divisão do trabalho, da ordem e,

do controle (MATTAR, 1997; CHIAVENATO, 1999; MOTTA; VASCONCELOS, 2004).

Outra enorme influência, tanto por meio de sua obra, como pela sua intensa militância política na época, foi de Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engel (1820-1895). Os autores publicam em 1848, o Manifesto Comunista, baseados no *Materialismo Histórico*, no qual analisam os diversos regimes econômicos e sociais, e principalmente, a sociedade capitalista e afirmam que a história da humanidade sempre foi à história da luta das classes. Marx afirma que todos os fenômenos históricos são produtos das relações econômicas entre os homens. Neste sentido, a história para Marx, seguiria um movimento dialético de constante superação. Isto é, para cada fase da história, para cada predomínio de determinado modo de produção, seria construída determinada estrutura jurídico e político, em função de determinada consciência social. Um dos mais importantes princípios do marxismo é a revisão do conceito de propriedade privada. Surgindo assim, a idéia de apropriação coletiva dos meios de produção, como tentativa de superar a alienação do trabalho. Sem dúvida a teoria marxista influenciou de maneira decisiva a estruturação do contexto socioeconômico do século XX (MATTAR, 1997; MOTTA; VASCONCELOS, 2004).

Não se pode deixar de ressaltar a significativa influência da abordagem clássica de **Charles Babbage** (1832), que analisou a organização do processo de trabalho em seus dias, e também aplicou o mesmo conceito à divisão do trabalho mental. Seu princípio, segundo Braverman (1981, p. 77) era que, “dividir os ofícios barateia suas partes individuais, numa sociedade baseada na compra e venda da força de trabalho”. O princípio de Babbage torna-se de fato a força subjacente que governa todas as formas de trabalho na sociedade capitalista seja qual for à seqüência ou nível hierárquico. Este princípio foi o primeiro passo para a formulação completa da teoria da gerência. De acordo com Braverman (1981), Babbage foi o precursor de Taylor.

Aqui, se faz necessário ressaltar a importante influência da enfermeira Florence Nightingale (1820-1910), não somente no surgimento da enfermagem moderna como profissão, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, mas também, no surgimento da administração hospitalar, para poder-se delimitar o caminho percorrido pela enfermagem na organização do trabalho. Analisar-se a evolução do gerenciamento do trabalho de enfermagem implica em se entender como as diferentes abordagens administrativas foram incorporadas à organização

do trabalho de enfermagem.

Com a Contra-Reforma, a Igreja Católica estimula a renovação e o surgimento de grupos religiosos dedicados à enfermagem, com ênfase no espírito de dedicação das enfermeiras. Surge, então, o movimento dos precursores da enfermagem moderna com a instituição de ordens religiosas: Companhia das Irmãs de Caridade (católica) e a Confraria da Caridade (protestante). A partir da terceira metade do século XIX, surgem os filantropos nos países protestantes, com destaque ao trabalho do pastor Fliedner que, influenciado pelo trabalho das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, restaurou a antiga ordem eclesiástica das diaconisas de Kaiserswerth, como uma ordem moderna. Ambas as iniciativas exerceram influência sobre Florence Nightingale e sobre o movimento da enfermagem moderna desencadeada (LUNARDI, 1998). Segundo a autora, Florence realizou visitas nas instituições de ordem religiosa, hospitais, onde reuniu material que lhe subsidiou as atividades posteriormente desenvolvidas.

A primeira experiência profissional de Florence foi aos 33 anos, como Superintendente de Enfermagem do Instituto para o Cuidado de Senhoras Carentes Doentes de Londres, em 1853. Em outubro de 1854, teve início a Guerra da Criméia, onde as notícias do campo de batalha eram devastadoras e os ingleses não possuíam qualquer organização de enfermagem para atendimento aos feridos. Diante dessas notícias, Florence ofereceu seu serviço, atuando como organizadora e supervisora de um projeto, que recrutou Enfermeiras para atuarem nos hospitais militares, de diferentes segmentos sociais e religiosos (NAZÁRIO, 1999).

Foi com essa experiência que Florence demonstrou possuir características políticas, estrategistas e de uma pessoa que sabia lidar com o poder – a gestão e a organização. No ‘quartel general’ organizou um Departamento de Enfermagem e dedicou-se a eliminar os problemas de saneamento dos pavilhões hospitalares (frio, fome, infecções, infestações de piolho, ausência de mesas cirúrgicas e anestésias). Com sua visão abrangente, preocupava-se também com a interação familiar onde conseguiu a instalações de várias agências destinadas à transmissão de ordem de pagamento aos familiares dos soldados e alugou uma casa que foi destinada a lavagem de roupas pelas esposas dos soldados. Florence permaneceu neste hospital militar durante 21 meses, só saindo quando o último soldado recebeu alta. Neste período organizou, limpou, humanizou, reduziu de 42% para 2% a mortalidade entre os feridos de guerra. Virou lenda, como “Dama da Lamparina”, mas também

história, como sanitarista e administradora (CARRARO, 1997).

Complementando, Lunardi (1998, p.41) faz referência ao espírito autoritário de Florence nas relações estabelecidas com as outras enfermeiras no período da guerra da Criméia. Em sua análise com base nos biógrafos de Florence (Jamieson, Sewall, Suhrie 1968; Frank e Elizondo 1975) a autora ressalta que

[...] era rígida e autoritária [...] nunca se mostrava agradecida por favores recebidos ou pelo esforço despreendido pelas enfermeiras que precisavam de estímulo em condições tão adversas. Era estrita em sua disciplina para com elas e o mais rígida em sua autoridade [...] como enfermeira era bondosa com os pacientes, amável e afetuosa, porém como administradora era irritante despótica [...] Concebo-a como uma pessoa estreitamente autoritária, sabe exatamente até que ponto o êxito depende da obediência literal a cada uma de suas ordens.

Em 1860, Florence recebeu do Governo Inglês, doação em dinheiro para o Fundo Nightingale, com o qual fundou a primeira Escola de Enfermagem, com o objetivo de preparar Enfermeiras para o Hospital Distrital e para o ensino. A escola foi de grande importância para a Enfermagem, além de ter servido de modelo para a criação de outras, elevou a Enfermagem da degradação e da desonra a uma profissão respeitável para as mulheres. As escolas chamadas de nightingaleanas formavam duas categorias distintas de enfermeiras: as '*ladies*', que procediam de classe social mais elevada e que desempenhavam funções intelectuais, representadas pela administração, supervisão, direção e controle dos serviços de enfermagem; e as '*nurses*', que pertenciam a classes sociais mais baixas e que sob a direção das '*ladies*', desenvolviam o trabalho manual de enfermagem (CARRARO, 1997; NAZÁRIO, 1999).

Para Lunardi (1998, p.41), não há como contestar o valor de Florence, que soube usar positivamente o poder, principalmente no que diz respeito ao

[...] desenvolvimento e aplicação de um conhecimento que, até hoje mais de um século depois, ainda é usado e reproduzido nas práticas de enfermagem, principalmente, quanto à importância da observação, da sistematização das informações, da organização do ambiente e da realização de cuidados necessários para um ambiente de pessoas doentes.

Entretanto, mesmo constatando todos estes méritos, que vêm se reproduzindo historicamente na enfermagem, Lunardi (1998), reconhece ser necessário ao tratar da governabilidade na enfermagem, destacar algumas ações de

Florence características de um exercício de poder pastoral⁵. Para a autora, parecem também vir se reproduzindo explicitamente ou não, através dos tempos até nossos dias, sem que se faça uma análise criteriosa sob este enfoque. Segundo a mesma autora (1998, p.43), a Escola Nightingale selecionava as alunas sob o ponto de vista

Físico, moral, intelectual e de aptidão profissional, devendo ser mulheres jovens, bem-educadas, com no mínimo vinte e cinco anos e no máximo trinta e cinco anos. A escola deveria ser dirigida por enfermeiras e não mais por médicos como era de costume até então.

Se ressaltar aqui trecho de uma carta que Florence enviou a um médico, expressando seu ponto de vista acerca das decisões sobre instruções, obrigações e a posição das enfermeiras em relação ao corpo médico, afirmando segundo Nutting e Dock (apud LUNARDI, 1998, p.44) que

[...] uma enfermeira não é um médico e que seu treinamento, tanto na teoria quanto na prática, busca evitar a confusão de que as tarefas de enfermagem possam chocar-se ou sobrepor-se às tarefas médicas, ressaltando que há enfermeiras, de modo exclusivo compete: executar as ordens médicas e dos cirurgiões, incluindo todas as práticas de limpeza, de ar fresco, dieta, e outras. Toda organização de disciplina que as enfermeiras devem ser submetidas é com a exclusiva finalidade de capacitá-las a executar, inteligentemente e fielmente, tais ordens e tais tarefas como é constituída toda a prática de enfermagem. [...] para esta finalidade elas devem estar, para um controle disciplinar e interno, inteiramente sob a direção de uma mulher, uma superintendente treinada, cujas funções são observar que as tarefas de enfermagem devem ser realizadas de acordo com um padrão. [...] a enfermagem hospitalar, incluindo a execução de ordens médicas, deve ser realizada para a satisfação dos médicos cujas ordens que dizem respeito ao doente devem ser executadas. E nós dependemos da enfermeira inteligentemente treinada e do cultivo da moral da mulher, que fará isto melhor que a ignorante, tola mulher. [...] que toda mudança desejada, reprimenda, etc., em enfermagem e para as enfermeiras, sejam referidas pelos médicos para a superintendente.

A Escola Nightingale, formulada sob a influência de Kaiserswerth e do convento, se preocupava, também, com a vigilância e a disciplina das alunas, por

⁵ Lunardi (1998, p. 26) baseada em Foucault (1990) caracteriza o Poder Pastoral como sendo, “a **bondade** como um fim, a **abnegação** por uma dedicação sem limites à missão escolhida de servir, a **compaixão** pelo pobre e necessitado, assim como a constatação de que, a maioria dos primeiros cristãos era pobre e, em resposta a uma simpatia a que não estavam acostumados, **confessavam muitas necessidades**”. Segundo a autora (1998, p.31), **essas** características marcaram a enfermagem que antecedeu a Florence. Afirma que essa continuidade em relação ao poder pastoral, isto é, “a presença da **responsabilidade** pelo outro, pobre e sofredor, da **obediência** à autoridade do pastor, da **abnegação e da renúncia de si**, assim, como da **confissão** do que se passa consigo ao outro, nas relações estabelecidas entre quem exerce a enfermagem e quem dela recebe seus cuidados”. A autora resalta que essas características, estão presentes e manifestadas no exercício da enfermagem.

meio do desenvolvimento e a formação do seu caráter e a ilustração do seu intelecto pela aprendizagem da enfermagem, de acordo com as regras morais vitorianas: as alunas realizavam orações diárias, serviços semanais na igreja, classes de música e lições sobre a bíblia, exercícios e descanso diários, leituras e classes bissemanais (LUNARDI, 1998). Segundo a autora, também foi instituída uma Folha Mensal do Caráter Pessoal e das Realizações de cada Enfermeira e, um Boletim Moral e um Técnico sobre cada aluna onde, a supervisora registrava seus traços de caráter e sua habilidade como enfermeira. Além disso, ressalta que

[...] Florence costumava realizar entrevistas com as enfermeiras já empregadas a fim de manter em sua mente o ideal espiritual de sua vocação e o esforço por manterem-se eficientes. [...] Florence teve o conhecimento que a escola perdera um pouco a sua excelência, com isso, redobrou sua vigilância, reformou o que era necessário e seguiu a vida de cada estudante mediante cartas de conselhos e direção (LUNARDI, 1998, p.45).

Destaca-se que a obediência dogmática preconizada por Florence para as enfermeiras, como a resposta esperada ao exercício de poder da autoridade, segundo Lunardi (1998, p.69-70)

[...] pode ser identificada numa obediência religiosa aos preceitos e leis divinas, porque Deus pensa, justifica e ensina; pode ser constatada, também, na ênfase à obediência fiel aos preceitos e determinações médicas, deixando sem importância o que a enfermeira pensa. Pode ser, também, uma obediência denominada de obediência inteligente, porque a enfermeira não apenas cumpre ordens e obedece, mas sabe como obedecer em questões de enfermagem, porque se prepara, observa e aprende a tomar decisões de como melhor obedecer. A obediência inteligente, segundo Florence, como o verdadeiro sentido da disciplina, parece implicar e assegurar uma relação não de autonomia, do sujeito arbitrando em relação a si, mas de heteronomia, do sujeito que age em relação e na dependência do que o outro dele espera.

Lunardi (1998) enfatiza não haver registros de movimentos de resistência nestas relações de poder em que uns pretendem subjugar ao outro. Porém, há uma evidência deste movimento de contra-poder, em 1887 quando, as enfermeiras lutaram para obter registro oficial junto ao governo, apesar de Florence se opor pela busca de reconhecimento. Para a autora, é provável que tenham existido outros micro-movimentos de resistências nestes jogos de poder, como manifestações de constituição do eu como sujeito moral.

Contudo, enfatiza-se que Florence Nightingale, além de ter sido a Primeira

Teorista e Filósofa em Enfermagem, também foi a Primeira Administradora em Enfermagem. Percebe-se sua grande capacidade de organização/ gerenciamento, onde percebeu a necessidade de aplicar funções administrativas na organização hospitalar, introduzindo os primeiros passos para a implantação da administração científica. Ela demonstrou capacidade administrativa, exercendo influência no planejamento, na área de engenharia sanitária, na coordenação e direção do pessoal.

Com o nascimento das fábricas surgiu um primeiro paradigma de administração – **Teoria da Administração Científica**. Na virada do século XIX, Frederick Taylor (1856-1915) desenvolveu estudos a respeito de técnicas de racionalização do trabalho do operário. Suas idéias preconizavam a prática da divisão do trabalho, defendida anteriormente por Smith e Babbage. A característica mais marcante do estudo de Taylor é a busca de uma organização científica do trabalho, enfatizando tempos e métodos e por isso é visto como o precursor dessa teoria. Taylor via a necessidade de aplicar métodos científicos à administração, para garantir a consecução de seus objetivos de máxima produção a mínimo custo (CHIAVENATO, 1999; FERREIRA et al., 2002; MOTTA; VASCONCELOS, 2004;).

Ferreira et al. (2002, p. 18) tecem algumas críticas à administração científica de Taylor, focalizando os seguintes aspectos:

- **Enfoque mecanicista do ser humano:** cada trabalhador é considerado uma mera engrenagem no corpo da empresa, tendo desrespeitado sua condição de ser humano;
- **Homo economicus:** a administração científica desconsidera aspectos fundamentais como o reconhecimento do trabalho, os incentivos morais e a auto-realização;
- **Abordagem fechada:** essa teoria não faz referência ao ambiente da organização. A organização é vista de forma fechada, desvinculada de seu mercado, tendo negligenciado as influências que recebe e impõe ao que a cerca;
- **Superespecialização do operário:** a qualificação do trabalhador passa a ser supérflua, com a fragmentação das tarefas, levando à alienação do trabalho por desenvolver tarefas cada vez mais repetitivas, monótonas e desarticuladas do processo como um todo;
- **Exploração dos trabalhadores:** como decorrência do estímulo à alienação do trabalhador, da falta de consideração de seu aspecto humano e da precariedade das condições sociais existentes à época, a administração científica legitima a exploração dos trabalhadores, em prol dos interesses patronais.

Baseado no entendimento de Taylor, Braverman (1981) afirma que os trabalhadores do século XIX, foram submetidos a arbitrariedades no ambiente de

trabalho. Situações essas que levavam ao limite de suas forças e de seu moral àqueles que trabalhavam em fábricas durante jornadas diárias estupidamente determinadas, e sem as menores condições de convívio, higiene e segurança. Tomado como um apêndice da máquina, o trabalhador era facilmente substituído quando a produção deste posto de trabalho não atingia às expectativas, pois naquela época se algo dava errado, o problema era do processo que não havia sido bem definido, e nesse processo podemos incluir o “homem máquina”, que deveria ser substituído pelo espécime certo para a tarefa certa.

A escola de Taylor obteve um importante papel no desenvolvimento da teoria da gerência. Taylor buscava uma resposta ao problema específico de como controlar melhor o trabalhador. Para isso o papel principal da gerência era exigir o máximo de obediência e cooperação do trabalhador, afim de que permitisse exercer controle sobre o processo de produção, mantendo a alienação do trabalhador (BRAVERMAN, 1981).

Os princípios da Gerência Científica de Taylor ainda são adotados hoje por parte significativa de organizações. Algumas idéias são seguidas como, por exemplo: o processo de trabalho deve ser independente do ofício, da tradição e do conhecimento dos trabalhadores. A gerência deve depender inteiramente das políticas gerenciais; forte separação entre gerência e execução. Os gerentes devem trabalhar no planejamento, para que os trabalhadores se concentrem na execução, de acordo com o método estabelecido pelo gerente; a gerência se apropriaria do conhecimento para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução (BRAVERMAN, 1981; CHIAVENATO, 1996).

Para Braverman (1981), no taylorismo se evidencia a destruição do conhecimento dos trabalhadores em relação ao trabalho, onde esses se transformam em meros autômatos, que sob a imposição de um trabalho acerebral, passam a ser peças de reposição no processo industrial, que podem ser comparados a parafusos e alavancas. Portanto, o que acontecia de fato, é que o novo modelo de divisão do trabalho, enquanto abria oportunidades para a elevação de alguns trabalhadores a postos mais altos, inclusive até ao planejamento ou a chefia, mascarava a tendência em longo prazo de rebaixamento de toda a classe trabalhadora a níveis inferiores de especialidade e funções. Ao abrir caminho para o avanço de somente alguns trabalhadores e ao exigir cada vez menos capacidades dos candidatos.

Confirmando esse pensamento, Faria (1985, p.47) ressalta que a gerencia científica de Taylor

[...] cria o monopólio do conhecimento, por meio, do que controla cada uma das fases do processo de trabalho e os modos como o trabalho é executado. Isto é, cabe a gerencia reunir os conhecimentos sobre o trabalho, antes propriedade do trabalhador, para então dividi-lo em partes mais simples.

Muitos outros autores e pesquisadores desenvolveram as idéias defendidas por Taylor em seus estudos e práticas administrativas. Porém, ressalta-se o principal seguidor, **Henry Ford** (1863-1947), que é visto como um dos responsáveis pelo salto qualitativo no desenvolvimento da atual organização empresarial. (CHIAVENATO, 1999).

Ferreira et al. (2002) explicitam que Ford lançou alguns princípios que buscavam agilizar a produção, diminuindo seus custos e tempo de fabricação, são eles: integração vertical e horizontal, padronização e economicidade.

A **Administração científica** (Taylor/Ford) como se explicitou, preconiza a divisão entre quem concebe e quem executa, presentes na enfermagem desde a época de Florence. Outros aspectos encontrados na enfermagem desta teoria são: substituição do critério individual e improvisação pelo emprego de métodos baseados nos princípios científicos; seleção científica do trabalhador e treinamento do mesmo; controle do trabalhador, por meio do papel do supervisor (enfermeiro chefe do serviço e/ou enfermeiro assistencial); e, a distribuição de atribuições e tarefas, disciplinando ao extremo o trabalhador (GELBCKE, 2002).

Corroborando-se com Collet et al. (apud MATOS, 2002, p. 27) quando assinala “a existência de manuais de normas e rotinas, procedimentos detalhados, escalas de serviço e o modo de dividir as tarefas, como sendo heranças da Administração Científica [...]”. Salienta-se, que as escalas são planejadas pelas enfermeiras com antecipação, normalmente, sem o conhecimento da realidade dos pacientes. Geralmente, feitas no dia anterior e, em muitos casos, no início da semana”. Afirmo, ainda que

[...] a preocupação está centrada em manter a produtividade, sem prejuízo do paciente; a equipe tem a preocupação de cumprir as tarefas e o desempenho é avaliado pelo quantitativo de procedimentos realizados; a assistência direta fica aos cuidados do pessoal técnico e auxiliar e, a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho, reforçando a divisão entre trabalho intelectual e manual.

Neste sentido, Gelbcke (2002, p.38), afirma que a prática desse modelo na enfermagem não considera “o quanto esta forma de organização rotiniza e robotiza o trabalho de enfermagem, além de permitir selecionar e treinar o trabalhador conforme padrões definidos, facilitando o controle do seu trabalho”.

Corroborando com essa análise, Kurcgant (1991, p. 06) assegura que

[...] a preocupação com o como fazer tem sido a preocupação constante da enfermagem enquanto prática profissional. A divisão do trabalho aliada a padronização de tarefas tem norteado essa prática. A elaboração ou simples adoção de manuais de técnicas e de procedimentos tem sido uma das maiores preocupações dos enfermeiros que assumem a responsabilidade dos serviços de enfermagem. As escalas diárias de divisão de atividades estabelecem um método de trabalho funcionalista que é típico da fase mecanicista da administração. A assistência de enfermagem é fragmentada em atividades, e para cada elemento executor é determinada uma ou mais tarefas.

Henri Fayol, também seguidor de Taylor, conduziu uma análise lógica dedutiva para estabelecer os princípios da boa administração, voltada para a definição das tarefas dos gerentes e executivos, era um administrador de cúpula. Desenvolveu a chamada **Teoria Clássica** (1916), sendo a ênfase na estrutura organizacional a sua principal característica. É dele a clássica divisão das funções do administrador em planejar, organizar, coordenar, comandar e controlar (CHIAVENATO, 1996).

As idéias básicas da Escola Clássica a respeito da organização são: divisão do trabalho; centralização das decisões; disciplina (normas e conduta de trabalho); poucos subordinados por gerentes (pequena amplitude de controle); impessoalidade nas decisões e busca de estruturas e sistemas perfeitos; defesa incondicional da estrutura hierárquica (FERREIRA et al., 2002).

A Administração Clássica (Fayol) tem sua base alicerçada na estrutura administrativa. A estrutura organizacional da enfermagem segue esse modelo, com ênfase na hierarquia, sob o ângulo vertical, e a departamentalização, sob o ângulo horizontal; divisão do trabalho pautada na especialização; ênfase na autoridade do gerente; disciplina rígida; ordem, em que pessoas e materiais devem estar no lugar certo e no tempo certo; espírito de equipe, visando harmonia e unidade na organização; e as funções da administração: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar (GELBCKE, 2002).

Complementando, o modelo clássico se concretizou nas instituições de saúde

e nos serviços de enfermagem pela: estruturação rigidamente hierarquizada estabelecendo, a subordinação integral de um indivíduo a outro, e de um serviço a outro; organograma verticalizado, não considerando as pessoas e suas relações interpessoais; as propostas de trabalho resultam em atividades rotineiras e a avaliação basicamente quantitativa; a preocupação com a quantidade de trabalho realizado e não com a qualidade deste (KURCGANT, 1991; MATOS, 2002).

Almeida e Rocha (1989), em sua análise, asseguram que a enfermagem tradicional (origem da profissão) e moderna, foi pautada basicamente em Taylor, Ford e Fayol: divisão técnica do trabalho: os enfermeiros administrando e os técnicos/auxiliares de enfermagem executando (Ladies – administrando e Nurses – executando), bem como, percebe-se princípios de organização e disciplina, fundamentados na Teoria Clássica.

Em relação aos aspectos relacionados à hierarquia e a subordinação proveniente da escola clássica, é salutar acrescentar-se que, o poder de decisão é centrado no enfermeiro que tem uma visão geral da unidade e, a ênfase na disciplina faz com que o trabalhador não tenha estímulo para um maior envolvimento com o processo de trabalho (KURCGANT, 1991; COLLET et al., 1994; GELBCKE, 2002; MATOS, 2002).

Com a introdução da administração científica/ clássica no hospital, surge conseqüentemente à padronização hospitalar, que consiste em normas para a realização das atividades internas. Percebe-se, então, a burocratização do hospital, onde esta obedece ao grau de poder oferecido através do conhecimento técnico e não pela posição hierárquica, causando problemas operacionais.

A **Teoria da Burocracia** surgiu em 1906, com Max Weber (1840-1920), porém sua bibliografia sobre as grandes organizações da época denominada de *Burocracia*, só foi conhecida após tradução para a língua inglesa na década de 40. Vale ser lembrado que, na época a Europa enfrentava sérios distúrbios sociais, culminando com a Primeira Guerra Mundial e Max Weber desenvolve este conceito em oposição ao que ele chamava de sociedade carismática. Para Weber a burocracia detalha antecipadamente e nos mínimos detalhes como as coisas deverão ser feitas. Suas características da estrutura ficam assim determinadas: funções definidas e competências estabelecidas por lei; direitos e deveres baseados no princípio da igualdade burocrática, evitando o clientelismo; definições de hierarquia e especialização de funções; impessoalidade nas relações; objetivos

explícitos e estrutura formalizada; autoridade racional-legal; racionalidade instrumental. Esta teoria desdobrou-se posteriormente na teoria estruturalista (MOTTA, 1984; CHIAVENATO, 1994; 1996; 1999; MATTAR, 1997; MOTTA; VASCONCELOS, 2004).

Em relação à gerência e a burocracia Chiavenato (1996, p. 430), salienta

[...] a existência de chefes não burocráticos da organização, que desempenham o importante papel de estimular a ligação emocional e mesmo irracional dos participantes com a racionalidade, pois a identificação com uma pessoa, um líder ou um chefe da organização influi psicologicamente, reforçando o compromisso abstrato com as regras da organização e dela permitindo uma imagem concreta e afetuosa.

Da **Administração Burocrática** (Weber), a enfermagem mantém a divisão do trabalho e a hierarquia de autoridade, com cargos organizados de forma piramidal ou escalar (organograma que define o controle de um nível hierárquico sob outro) e adota dessa Teoria a regulamentação por meio de normas, procedimentos e rotinas rígidas, formais e escritas, assegurando uma uniformidade (impessoalidade das relações); ênfase na competência profissional e técnica, com admissão por concursos e provas de seleções descritivas.

Em sua análise, Kurcgant (1991), salienta o apego pelo enfermeiro a normas e rotinas, que é a ênfase maior da Burocracia. Por isso, a autora acredita ser esta teoria a que mais influencia o processo de trabalho de enfermagem. Ressalta que esta influência constitui um dos fatores que tem contribuído para uma prática administrativa estanque, baseada em regras e normas obsoletas, mostrando poucas perspectivas de mudança. Sobre a identidade gerencial do enfermeiro, a autora afirma que ele se submete às diferentes formas de poder organizacional e assume o papel de cumprir e fazer cumprir as decisões do poder maior da instituição. Exerce na verdade um papel de capataz, gerenciando recursos humanos e materiais insuficientes e inadequados sem ter o poder decisório sobre a transformação dessa condição.

A Escola das Relações Humanas, elaborada entre 1924 e 1932, veio para superar os princípios das Teorias Científica e Clássica, quando Mayo afirmou, após anos de experiência na Fábrica da Hawthorne, que o aumento da produção estava vinculado diretamente às relações sociais de um grupo que tinha objetivos comuns, claros e com sentido para o indivíduo e, conseqüentemente, para o grupo

(CHIAVENATO, 2000). Essa teoria compreendia que era necessário levar em consideração os grupos informais que se formavam dentro da empresa, a motivação, ou seja, a satisfação do empregado no trabalho, as comunicações e as lideranças formais e informais dentro dos pequenos grupos. A racionalidade na administração se preocupa com a melhor forma de executar o trabalho, visa apenas à organização, enfatizando a estrutura.

Mary Parker Follet foi a primeira mulher a se destacar como teórica da administração, sendo chamada por Peter Drucker de a 'profeta da administração'. Ela expunha sua opinião de que os administradores devem ter autoridade com, e não sobre, os funcionários. Follet afirmou que, para fazê-lo, havia a necessidade da tomada de decisão coletiva (DRUKER, 1999; MOTTA; VASCONCELOS, 2004).

Mattar (1997, p. 255) relata que Follet afirmava que

[...] conflitos construtivos, de integração, de partnership, de relações emocionais, do desenvolvimento necessário à administração para se tomar uma decisão, de responsabilidade, da influência da representatividade dos funcionários, de participação. [...] Follet discute com profundidade as características de um líder, propondo sua famosa **Lei da Situação – o esforço do líder deve ser feito no sentido de excluir da decisão motivações subjetivas, para que a situação indique o caminho a seguir** (grifo nosso).

Drucker (1999, p. 14) ressalta que as hipóteses de Mary Follet não se encaixavam nas realidades que a administração supunha nos anos 30 e 40 e que, mesmo antes de sua morte, sua obra foi esquecida por mais de 25 anos. Prossegue afirmando que hoje “sabe-se que suas hipóteses básicas relativas à sociedade, pessoas e administração estavam muito mais próximas da realidade do que aquelas sobre as quais os administradores de então se baseavam e ainda se baseiam em grande parte hoje”.

Se poderia dizer que Follet, no início do século XX, foi a primeira a sugerir princípios básicos do que hoje chama-se de **administração participativa ou tomada de decisão participativa**.

Para Motta e Vasconcelos (2004), segundo a Escola das Relações Humanas, o homem não poderia ser obrigado a realizar tarefas cujos fins desconhecidos, mas, ao contrário, deveria participar da própria decisão que daria origem à tarefa que deveria executar. A participação nas decisões continha restrições. Acreditava-se que a amplitude de tal participação deveria variar de acordo com a situação e com o

padrão de liderança adotado. Imaginava-se que na maior parte das vezes o tipo de liderança mais eficaz seria aquele denominado democrático, no qual o subordinado teria ampla possibilidade de opinar sobre o próprio trabalho, contribuindo para o seu aperfeiçoamento, bem como estaria sujeito a um controle por resultados e nunca por supervisão cerrada.

Na abordagem humanística, outros autores destacaram-se, como Chester Barnard (1968) que teve contato com os resultados do experimento de Hawthorne (Mayo), destaca-se a sua abordagem sobre a comunicação como uma das funções essenciais do administrador. Reproduze-se a citação, que foi transcrita por Mattar (1997 p. 255)

[...] os executivos são capazes de se entenderem com poucas palavras. Quando discutem problemas essenciais de organização, desde que, as questões sejam colocadas independentemente das tecnologias de seus respectivos campos [...] parece provável que existem características universais da organização, que são entendimentos ativos, avaliações e conceitos, de homens habilidosos em organizar não apenas no presente, mas também nas gerações passadas, que também foram percebidas por estudantes e observadores cuidadosos e astutos.

No que diz respeito aos aspectos da comunicação relacionada à liderança, autores como Maximiano (1995), Mattar (1997) e Motta (2002) reiteram a abordagem de Chester Barnard quando afirmam que, a *autoridade de posição* é aquela atribuída aos sujeitos que ocupam posição superior, independente da habilidade pessoal, sua recomendação é creditada pela simples razão da vantagem do cargo. Por outro lado, alguns homens têm habilidade superior, independente da posição que ocupam na organização, esta é a *autoridade de liderança*. O seu conhecimento e a sua compreensão geram respeito.

A enfermagem mantém as práticas anteriores e com a Escola das Relações Humanas passa a repensar o indivíduo na organização, trazendo dessa teoria aspectos relacionados à liderança, motivação, comunicação e dinâmica de grupos, além de possibilitar uma participação maior dos enfermeiros nos processos decisórios. Esta escola defende a necessidade psicológica do trabalhador, em sentir-se como membro de um grupo social. Porém, este discurso traz camuflada uma nova forma de controle do indivíduo, visando o aumento da produção, por meio, de uma supervisão mais humanizada (GELBCKE, 2002).

Concorda-se com Kurcgant (1991) quando afirma que os abusos fizeram com

que essa teoria se transformasse numa forma paternalista de administração, onde, na busca de harmonia, os conflitos eram abafados e os confrontos entre o trabalhador e a administração, ignorados.

Pode-se dizer que um dos ganhos com a teoria das relações humanas foi o surgimento da liderança como estratégia de condução de grupos. Segundo Kurcgant (1991), na enfermagem, até os dias de hoje, a liderança é assunto tratado nos cursos de graduação em enfermagem ou em programas de atualização para enfermeiros. Outro fator relevante, que também vem sendo muito considerado para a otimização da assistência, é a comunicação adequada entre os membros da equipe de enfermagem ou do grupo multiprofissional.

O Estruturalismo (1950) propôs-se a resolver os conflitos existentes entre a Teoria Clássica, a Teoria das Relações Humanas e a Burocracia. Porém, ela é um desdobramento da Burocracia. A idéia básica era considerar a organização em todos os seus aspectos como uma só estrutura, fornecendo uma visão integrada da mesma: analisar as influências de aspectos externos sobre a organização, o impacto de seus próprios aspectos internos, as múltiplas relações que se estabelecem entre eles. Etzione foi um dos fundadores do Estruturalismo, que via a organização como um complexo de grupos sociais, cujos interesses podem ou não ser conflitantes. Minimizando esses conflitos, o trabalho pode se tornar mais suportável, embora não seja fonte de satisfação total do trabalhador. Ele defende que sua derivação mais imediata é da visão humanista (FERREIRA et al., 2002).

Os principais paradigmas organizacionais que tem caracterizado as organizações referem-se a seu caráter burocrático, a sua estrutura organizacional do tipo funcional e a forte divisão e fragmentação do trabalho com caráter permanente das tarefas. Estes velhos paradigmas funcionam como barreiras, isto é, impedem a mudança e a inovação (CHIAVENATO, 1996).

Vergara e Carpilovsky (1998, p.87) afirmam que, “a burocracia, em busca de previsibilidade, rejeita ações que possam atentar contra o funcionamento rotineiro do sistema. Dessa forma, estimula uma postura conformista de seus funcionários, bem como, a burocracia tende a inibir a criatividade e a inovação”.

As **Teorias Modernas de Gestão** vêm sendo defendidas, a partir dos anos 50, atingindo um grau de complexidade tal, que deixaram de ser simples modelos e formam um corpo de conhecimentos consistente e abrangente dos aspectos técnicos, estratégicos e humanos que compõe a organização. Faz-se uma breve

pontuação das teorias que mais influenciaram a enfermagem, sob a luz de Ferreira et al. (2002), Motta (2002) e Gelbcke (2002):

Teoria dos Sistemas: foi amplamente reconhecida na administração, durante os anos 60. Um sistema pode ser visto como um todo organizado ou complexo; uma combinação de coisas ou partes, formando um todo complexo ou unitário. As idéias centrais da teoria aplicada à administração podem ser explicadas a partir dos seguintes aspectos: **Homem funcional** – os papéis são mais enfatizados do que as pessoas em si; **Conflitos de papéis** – as pessoas não agem em função do que são, mas em função dos papéis que representam; **Incentivos mistos; Equilíbrio integrado e Estado estável**. O enfoque principal é que toda organização se insere num meio ambiente onde se originam os recursos utilizados para o desenvolvimento da sua atividade (produção ou prestação de serviços) e para o qual se destinam os resultados do seu trabalho. O meio ambiente que envolve a organização é representado pelos elementos que influenciam diretamente o desempenho do sistema organizacional, quais sejam: a atuação do Estado nas áreas política e legal, sancionando e estabelecendo leis, decretos e normas que definem prioridades e regulam o funcionamento dos agentes econômicos que atuam no ambiente empresarial; a situação da economia e do sistema financeiro do país; o desenvolvimento tecnológico ou a disponibilidades de acesso às inovações tecnológicas; o nível educacional e cultural da sociedade, que influi tanto na obtenção de mão-de-obra qualificada, técnica e de nível superior, quanto no comportamento do consumidor, refletindo na exigência de um maior grau de qualidade e sofisticação dos produtos ou serviços; a concorrência com outras instituições e a preocupação com a ecologia e a preservação do meio ambiente.

A enfermagem incorpora desta teoria a preocupação com o estabelecimento de metas, objetivos e finalidades, buscando adequar-se ao estabelecido pela instituição (GELBCKE, 2002). Essa abordagem permite também, descentralizar a tomada de decisão nas subestruturas, porém a enfermagem não incorpora esse espaço para resolver os conflitos existentes por meio da participação.

Abordagem Contingencial: enfatiza que não há nada absoluto nas organizações ou na teoria administrativa; tudo é relativo, tudo depende. Esta teoria demonstra o princípio da equifinalidade dos sistemas, em que a organização é de natureza sistêmica, ela é um sistema aberto; as variáveis organizacionais apresentam um complexo inter-relacionamento entre si e com o ambiente; a

estrutura interna da organização representa um conjunto combinado de três pontos de confrontação: organização-ambiente, grupo-para-grupo, indivíduo-e-organização. A teoria da Contingência procura adaptar e desenvolver as organizações diante dos desafios e pressões do ambiente.

Segundo Gelbcke (2002), a enfermagem não incorporou nenhum dos princípios desta teoria. Perde-se aqui um momento precioso para implantar a participação, pois, se as organizações são vistas como sistemas abertos, cujos funcionamentos dependem do meio interno e externo, a participação aqui, toma uma posição importante.

Administração Japonesa: a recuperação vertiginosa do Japão no pós-guerra suscitou o desejo das empresas ocidentais de aprender um pouco mais acerca da forma de gestão oriental. Esta administração se tornou um modelo para as organizações de todo o mundo e causou significativas mudanças na forma de abordar tanto o processo administrativo quanto o processo produtivo do setor industrial, sendo rapidamente absorvido por todos os outros setores organizacionais. Ela nasceu no chão de fábrica, nos setores operacionais da manufatura, com a filosofia básica de evitar qualquer tipo de desperdício e de promover o melhoramento contínuo. As características gerais desta administração são: administração participativa, prevalência do planejamento estratégico, visão sistêmica, supremacia do coletivo, busca da qualidade total, produtividade, flexibilidade, recursos humanos, tecnologia e padronização, manutenção, limpeza e arrumação, relação com fornecedores e distribuidores e cultura organizacional.

Segundo Gelbcke (2002, p. 38), a enfermagem tem neste modelo, um referencial para “exigir” qualidade de assistência, adotando, em muitas instituições a técnica de gestão denominada – Qualidade Total (CCQ) por meio de

[...] opiniões dos usuários, que servem de parâmetro para avaliar o seu trabalho; a adoção de uma forte responsabilização do trabalhador, que deve “vestir a camisa” da instituição, comprometendo-se integralmente com esta. Não há, contudo, uma maior autonomia e flexibilidade no processo de trabalho da enfermagem, tampouco a rotatividade entre os diferentes locais de produção, aspectos preconizados por este modelo.

Administração Participativa: é uma filosofia que pode ser aplicada em vários níveis. A participação surgiu baseada nas concepções: da visão socialista, da teoria democrática, das relações e desenvolvimento humanos e da produtividade e eficiência. Estas concepções identificam os objetivos que se pretende alcançar com

esta administração, são eles: responsabilidades sociais da empresa, equilíbrio dos interesses dos vários envolvidos, cultura democrática, redução da alienação, utilização de todo o potencial das pessoas, diminuição de conflitos através da cooperação, satisfação das pessoas e maior competitividade. Várias estratégias podem ser utilizadas para a implementação desta administração, porém cita-se alguns pontos comuns a todas elas e nos quais a organização deve investir necessariamente na: informação, treinamento e comunicação. Através desses três elementos cria-se um ambiente participativo, no qual, os próprios trabalhadores encontrarão alternativas para os problemas e alcançarão amadurecimento para desenvolver a administração participativa, incluindo participação nas decisões, nos resultados e possivelmente modificações na estrutura organizacional. Em relação a este modelo Gelbcke (2002, p.38) ressalta que

[...] a enfermagem do hospital universitário da região sul do Brasil, tem buscado flexibilizar as relações de trabalho, permitindo uma participação maior dos trabalhadores, quer por meio de representações em comissões, em planejamentos ou mesmo em consultas para tomadas de decisões. Este é apenas um exemplo, não reflete a enfermagem de uma forma mais abrangente. Enquanto profissão, a enfermagem ainda “engatinha” nesta direção, no sentido de valorização efetiva do trabalhador, como preconizado em abordagens participativas.

Faria (1985) faz dura críticas às modernas teorias de gestão, no sentido de que elas, apresentam um discurso de valorização do ser humano, fazem crer que sua ação está relacionada ao desenvolvimento e ao bem-estar do homem, mas, na verdade, só se preocupam com a força de trabalho. Melhor dizendo, estas teorias utilizam instrumentos para tornar a força de trabalho, em função das necessidades do capital, mais eficiente, produtiva, satisfeita, cooperativa, harmônica, dócil e leal.

Para Kurcgant (1991), as influências das modernas teorias de gestão ainda não são suficientemente significativas e não representam mudanças maiores na organização dos serviços de enfermagem, assim como na instituição hospitalar como um todo.

Em relação à adoção de modelos mais democráticos e participativos nas instituições de saúde, Cecílio (1999, p. 317), ressalta que

[...] implica em mexer em esquemas de poder e, que isto envolve uma gama de trabalhadores no meio hospitalar. [...] os médicos que possuem muito poder; a enfermagem, onde essas linhas de poder são mais marcantes quando se olha a linha vertical de comando que vai da enfermeira a auxiliar de enfermagem, mas são menos nítidas quando se olha a relação entre

enfermeiras e destas com os médicos e com a direção do hospital [...] e ainda, o setor administrativo, que segue outros padrões e esquemas relacionais internamente e, em relação aos demais grupos da instituição.

Ainda, para Cecílio (1999, p.37), as dificuldades de discussões sobre mudança no modelo de gestão nos hospitais públicos do Brasil são conseqüências de fatores como

[...] alto grau de especialização dos trabalhadores da área, assim como a autonomia destes trabalhadores, especialmente os médicos. Os organogramas verticalizados destas instituições não ajudam a enfrentar as mudanças necessárias, ao contrário, as linhas de mandos hierarquizadas para os três corpos funcionais principais (médico, de enfermagem e administrativo) dificultam a comunicação e alimentam os conflitos.

3.2 A PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO ORGANIZACIONAL

A idéia de participação existe desde a antiguidade e teve origem com os gregos, com a democracia. A despeito do fato de que muitos dos conteúdos ideológicos da idéia da participação remontam às doutrinas sociais do século XIX, é somente a partir da Segunda Guerra Mundial que a idéia toma corpo, assume forma concreta e, sobretudo, atrai a atenção dos interessados. Foi desta época, em diversos países europeus, o estabelecimento ou o restabelecimento por via legislativa ou contratual dos comitês ou conselho de empresa. Foi igualmente a época em que se introduziu o sistema de representação paritária nos conselhos de vigilância das grandes empresas siderúrgicas e minerais da República Federal da Alemanha (MENDONÇA, 1987; MAXIMIANO, 1995; FERREIRA et al., 2002).

O interesse pela gestão participativa foi reforçado no mundo ocidental, principalmente a partir do declínio da hegemonia econômica dos Estados Unidos, sendo seu momento mais expressivo, nas décadas de 70 e 80. As soluções encontradas por um povo e país obedecem a razões políticas, econômicas e culturais peculiares a cada nação. Na atualidade, condicionante específico de cada projeto nacional dá corpo e formato próprio a essas experiências. A participação, só pode ser “caracterizada através da apresentação analítico-descritiva dos diversos e complexos aspectos, suas características principais, suas possibilidades de aplicação e discussão dos seus aspectos positivos e negativos” (MENDONÇA, 1987, p. 26).

No Brasil, o interesse pela participação entrou em evidência no final dos anos 60 até o final dos anos 70. Devido à hostilidade das empresas e da ditadura em relação aos trabalhadores, deixando como saldo uma relação de desconfiança e um clima de ressentimento que só fizeram acentuar as reivindicações dos trabalhadores, dando origem a comportamento agressivo por parte de sindicatos e comissões de fabricas. Essa pressão dos trabalhadores já mostrava a necessidade da revisão dos métodos de administração (MAXIMIANO, 1995).

Os processos de modernização da gestão do trabalho no Brasil dos anos 80 são marcados por uma intensa dificuldade, ou melhor, resistência das empresas em delegar decisões aos trabalhadores da produção. A participação nas empresas era limitada a trabalhadores mais qualificados, técnicos e supervisores (FLEURY, 1987).

Para Salermo (1987) as empresas brasileiras, por meio da adoção de algumas técnicas japonesas, entre elas, os *Círculos de Controle de Qualidade* (CCQ), diziam introduzir a participação na gestão de produção. Porém, para o autor, estas técnicas japonesas estão longe de trazer a participação aos locais de trabalho.

Seguindo essa reflexão, acredita-se que as técnicas de gestão japonesas não são modelos de gestão participativa, mas apenas maneiras de engajar o trabalhador na produção visando o lucro do empresário.

A partir da década de 90, no Brasil, este modelo mostra sinais de mudanças. Não só pelo aprofundamento da crise econômica brasileira, que forçou as empresas a buscarem novas alternativas de colocação de seus produtos no mercado externo, mas, também, pela política de abertura do governo, a qual acirrou a concorrência entre as empresas, com a introdução de padrões internacionais de produção. Deste modo, a tendência de centralizar a estratégia de modernização no processo de inovação organizacional ganha novo impulso e a ênfase da modernização da gestão de recursos humanos das empresas estaria relacionada a este processo. O ponto desta mudança trata basicamente dos mecanismos de modernização das relações de trabalho e de gestão de pessoal, expresso por meio da participação e o envolvimento dos trabalhadores no processo de gestão das empresas (SILVA, 1994).

Esta mudança no quadro brasileiro veio por meio de associações do patronato – Pensamento Nacional das Bases Empresariais (PNBE), da Associação Nacional de Administração Participativa (ANPAR) e também dos trabalhadores que se organizaram de forma a conseguir formalizar novas características, quais sejam:

criando cooperativas, formando associações, como no caso a Associação Nacional dos Trabalhadores em Empresas de Autogestão e Participação Acionária (ANTEG), criada em 1992, com o objetivo de conscientizar o trabalhador sobre como deve funcionar uma empresa de autogestão e, principalmente, lutando por um tratamento diferenciado junto à legislação brasileira (SILVA, 1994).

O tema participação está na ordem do dia na gestão organizacional e desta forma aprofunda-se a reflexão acerca da participação na gestão organizacional.

3.2.1 O sentido e as concepções de participação

Não são poucos os autores que ao estudarem este tema procuram significados mais gerais e acabam por confrontar-se com uma grande variedade de sinônimos. Devido às diversas aplicações em esferas das mais diferentes (filosófica, social, política, produtiva, e até mais recentemente na mídia, através da *interatividade*), a multiplicidade das definições existentes acaba por gerar confusão no seu significado (MENDONÇA, 1987).

Esta confusão é ocasionada, justamente, porque o tema participação pode ser interpretado de maneiras diferentes, pois, como vimos anteriormente, a participação depende da cultura das pessoas, dos grupos, da época e da política de cada país, gerando uma diversidade de enfoques e de objetivos diversos.

Mendonça (1987, p. 25) reafirma este pensar, quando ressalta que, “a participação é relativa de temas que vão desde motivação individual e habilidades, passando por lideranças e dinâmica de grupo a fatores organizacionais e estruturas sócio-política e processos em cada sociedade e entre sociedades”.

Quando fala-se na democracia como um regime ideal de gestão, se afirma que a participação é o rumo apropriado para o ser humano manifestar sua habilidade natural de realizar, criar, bem como, de acreditar em si mesmo e dominar a natureza e o mundo (BORDENAVE, 1994).

Como forma de tentar alcançar linhas gerais de significado comum ao termo participação, buscar-se a sua origem que “vem da palavra *parte*. Participação é fazer

parte, tomar parte ou ter parte. “[...] existem diferenças na qualidade da participação”, sendo importante ser destacado que “a prova de fogo da participação não é o quanto se toma parte, mas seu principal objetivo é como se toma parte” (BORDENAVE, 1994, p. 22-23).

Pode-se observar então que, dependendo da área de aplicação, assim como da forma como se dá esta aplicação, um novo leque de possibilidades de significados e conteúdos do termo se abre, tornando difícil e inocente tentar achar significados que compreendam todas as formas de manifestação de um evento. Segundo Mendonça (1987), há autores que defendem a necessidade de uma abordagem dialética para lidar com essas divergências. Infelizmente o conceito de *gestão participativa* leva a mesma dificuldade encontrada no significado do termo participação.

Segre e Tavares (1994) apresentam dois conceitos de Gestão Participativa que, apesar de não se postarem conflituosamente, não acrescentam conteúdo maior que o senso comum, são eles: a visão do patronato e a visão da academia, respectivamente:

a) **Visão do Patronato:** Mário Kossatz, então Diretor Superintendente dos Laboratórios B. Braun diz que gestão participativa é o modelo de gestão em que, necessariamente, decisões sejam tomadas de forma participativa [...] se caracteriza por: participação ativa de todos os trabalhadores na gestão; formação de um espírito de equipe; orientação para resultados convergentes; visar a autonomia e a integração; ser não-elitista e não-discriminatória; ser voluntária, de iniciativa própria; ser um sistema de gestão aberto, além dos limites (SEGRE; TAVARES, 1994, p.19).

b) **Visão da Academia:** A gestão participativa consiste em propor aos executantes das tarefas que, sob certas condições e limites definidos pela direção, se ocupem de determinados aspectos do funcionamento da organização (SEGRE; TAVARES, 1994, p. 11).

Procurando-se uma definição mais harmônica ao estudo proposto, se apresenta a conclusão a que chegou Mendonça (1987), baseada no pensamento de Santiago Rocca e Didier Retour, que ao realizarem intensa revisão de definições sobre participação, extraem como variável comum e fundamental a referência a um processo de influência, poder, controle e intervenção. Enfim, Mendonça conclui que, participação é ato de influir, de exercer controle, de ter poder, de estar envolvido ativamente.

Em 1967 a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em reunião

realizada em Genebra sobre o tema participação, reconheceu ser impossível chegar a uma definição de participação aceita internacionalmente, porém concluiu-se que "a expressão permitia comparar a influência que os trabalhadores podiam exercer sobre a preparação, a formulação e a aplicação de decisões que se obtêm na empresa em diversas matérias". A partir desta formulação de participação, como sinônimo de influência, diversos estudos empíricos têm sido levados a cabo, identificando basicamente o grau de influência desejada e efetivamente percebida por cada categoria de protagonista nas decisões da organização (MENDONÇA, 1987, p. 48).

Maximiano (1995, p. 19-20) afirma que *gestão participativa* "é uma filosofia ou política de gestão de pessoas, que valoriza sua capacidade de tomar decisões e resolver problemas e que, aprimora a satisfação e a motivação no trabalho e contribui para o melhor desempenho e a competitividade das organizações". Para o autor, dentro da definição de gestão participativa não cabe um modelo diretivo (autoridade formal, obediência e atributos dos cargos), no modelo participativo predominam **a liderança, a disciplina e a autonomia**.

Para Chanlat (1995) a *gestão participativa* tem como princípio que o ser humano é dotado de responsabilidade e por isso se deve conferir toda a autonomia necessária para a realização da tarefa. Este autor afirma que a participação reagrupa mais ou menos todas as experiências de gestão, fazendo com que as pessoas participem em diversos níveis, manifestando-se tanto no plano da organização do trabalho, como do poder, do ter e do resultado.

Storch (1987) sugere que para compreender os conflitos gerados em torno do significado, deve ser identificado as duas raízes conceituais das principais correntes de pensamento sobre participação, a saber:

a) **Objetivos da Participação:** o autor adota o trabalho de Greenberg que, identifica quatro escolas de pensamento bem definidas e divergentes, que discordam quanto às formas apropriadas de participação, quanto aos valores a serem atendidos pela participação e quanto aos resultados previsíveis desses arranjos sociais. As escolas identificadas por ele são as seguintes: escola gerencial; os psicólogos humanistas; os democratas clássicos e a esquerda participatória (STORCH, 1987, p.135).

b) **Concepções sobre a Natureza Humana:** o autor nos diz que para identificar os contrastes entre conjuntos de pressupostos diferentes, nos quais os projetos de participação se baseiam, será útil empreender uma breve revisão do espectro de significados que costumam ser associados à noção de alienação (STORCH, 1987, p.139).

De qualquer forma, seja pelos objetivos perseguidos através da participação, ou seja, pela perspectiva das concepções subjacentes sobre a natureza humana, estes conceitos vão ser observados na forma de produção adotada. Assim como a literatura apresentou vários conceitos de participação, várias são as formas de classificá-las ou concebê-las, assim como diversas são as suas conseqüências.

Mendonça (1987) chama a atenção para tais classificações, que guardam sensíveis diferenças de quantidade e de conceituação. Mas como se trata de uma área extremamente minada devido ao seu alto grau de ideologização, esta diversidade seria esperada porque ela reflete os vieses de cada autor.

Assim sendo, precisa ser esclarecido a tradicional classificação de participação muito difundida na literatura, citada entre outros, por Mendonça (1987), Motta (1994) e Ferreira et al. (2002), que a classificam em direta e indireta:

- **Direta ou Gerência Participativa:** é dirigida à pessoa, seja como indivíduo, ou na qualidade de membros de um grupo, é psicológica e pessoal. O trabalhador tem a possibilidade de comunicar-se pessoalmente com o gerente e chefias sobre as questões referentes às suas tarefas, sendo permitido tomar decisões que influenciam seu trabalho, a tarefa em si.
- **Indireta:** é sociológica, política e coletiva. O trabalhador, assim como o empregador, possui representantes que procuram favorecer os seus interesses, seja de forma econômica, social, política, cultural ou ideológica. Quanto a sua base conceitual e valorativa, seus fundamentos são encontrados na abordagem de conflito de interesse, isto é, o conflito é preexistente no sistema social e, por isso, é internalizado na organização do trabalho, exerce influência no processo decisório.

Autores como Mendonça (1987) e Ferreira et al. (2002), alertam para o efeito *político e ideológico* da participação direta, que algumas empresas vêm utilizando técnicas para amparar a implantação da gerência participativa. Estas técnicas são consideradas humanistas, mas na verdade, não passam de técnicas sofisticadas de manipulação onde tornam mais fácil a adaptação do trabalhador na organização, aumentando sua produtividade e, conseqüentemente, o lucro do empresário.

Além disso, segundo a análise de Mendonça (1987), a gerência participativa, na literatura, não vem colhendo adesões e críticas favoráveis, pois existem muitas restrições e objeções a este tipo de participação. Baseando-se em vários autores,

Mendonça relata as críticas: *operacionais* (relativas ao próprio funcionamento da gerência participativa); *culturais* (as teorias motivacionais aceitas na literatura gerencial descrevem um sistema de valor da classe média americana do que uma descrição universal da motivação humana).

Colaborando com esta afirmação, ressalta-se, pela experiência vivida que, a Enfermagem do HU/UFSC acompanhando o contexto da instituição tentou no período de 1997-2000 implantar a gerência participativa, por meio da estratégia de Qualidade Total. A finalidade dessa estratégia centrava-se em melhorar a qualidade da assistência assegurando maior eficiência onde, o espaço reservado para a participação dos trabalhadores de enfermagem se restringia à participação na tarefa. Esta estratégia de manipulação pelas organizações, torna-se visível na análise feita por Mendonça (1987, p. 62). Nessa análise, cita técnicas gerenciais utilizadas pelas mesmas: QWL (Qualidade de Vida no Trabalho), CQP (Círculos de Qualidade e Participação), difundido na América Latina como Círculo de Controle de Qualidade e Employee Involvement (EI - política dos 3 P – People, Products, Profit) e, afirma que estas formas são “mais uma contradição do capitalismo no seu estágio atual; à medida que, por um lado, humaniza e atende reivindicações da mão-de-obra, por outro, objetiva maximizar a extração de mais-valia do trabalho desta mão-de-obra”. O autor, mais adiante, faz uma indagação crítica, “é possível a co-participação nas decisões de uma empresa capitalista devolver ao homem o controle sobre si mesmo, sobre seu destino, na medida em que as relações de trabalho permanecem inalteradas, com trabalho guardando sua condição de mercadoria?”.

Frente a essa reflexão sobre a participação direta ou gerência participativa, autores como Mendonça (1987), Motta (2002) afirmam que, dos vários enfoques, de todas as suas concepções, das várias formas de participação, as que trazem respostas mais interessantes socialmente falando é a **participação indireta**. Esta se apresenta dividida em quatro tipos:

1. **Negociação Coletiva** condições gerais de emprego e trabalho – entre dirigentes e sindicatos;
2. **Comitê de Empresa** têm caráter meramente consultivo e administrativo;
3. **Co-gestão** representa efetivamente um novo contrato social que substitui a luta de classes. Institucionaliza a representação dos funcionários na direção efetiva da empresa - colegiados, em órgãos e proporções variáveis;

4. **Autogestão** é o exercício coletivo do poder, através da autonomia dos grupos de membros da empresa para decidir acerca dos destinos, processos e resultados do trabalho e, é ela que gere o produto do exercício da gestão participativa.

Dentre todas as formas aqui expressas, a co-gestão e a autogestão são, sem dúvida, uma meta organizacional e social a qual se almeja. Porém, não deve haver ingenuidade a ponto de dizer que a participação é uma fórmula mágica, muito pelo contrário, ela exige um trabalho paciente. Todas as formas de participação existentes, assim como podem resolver problemas, podem também ocasioná-los, pois implica em relações entre classes ou extratos sociais.

Como se trata de relações sociais, que possuem por sua vez características próprias, não se pode esquecer que este modelo participativo implica trabalhar com dois termos que foram muitos citados, implicitamente até aqui, a saber: conflito e poder.

3.2.2 Gerenciando a influência

Os termos Conflito e Poder são encontrados em várias literaturas como Melo (1987); Storch (1987); Bordenave (1994); Maximiano (1995); Demo (2001); Motta (2002); Moscovici (2003, 2003); Motta; Vasconcelos (2004); Tamayo (2004), sendo entendidos como elementos indissociáveis das relações sociais e, portanto, das relações de produção.

Chama-se à atenção, por várias vezes durante as reflexões, que para implantar-se a participação, importa saber a forma que ela vai ser adotada. Neste sentido, Melo (1987) alerta que a participação é utilizada, na realidade, como uma estratégia de regulação de conflitos das relações sociais. Assim, fundamenta sua investigação:

- a) A análise de processos de participação situa-se dentro das organizações, sem, no entanto, esquecer-se das múltiplas condições externas que interferem na forma como esses processos são introduzidos, como se desenvolvem e evoluem nas organizações: condições históricas, políticas,

culturais, nível do desenvolvimento socioeconômico, grau e tipo de industrialização (MELO, 1987, p.161).

b) Uma maior precisão das diversas concepções da participação no interior de uma organização exige que, ao mesmo tempo, sejam considerados os objetivos visados, os métodos escolhidos e os domínios onde a participação se aplica [...] O objetivo aqui é bem específico: efetuar uma análise prospectiva da participação como instrumento de regulação de conflito nas relações de trabalho (MELO, 1987, p.162).

Desta forma, Melo (1987), identifica a participação nos processos reguladores de conflito, como meio informal ou não institucionalizado, implementado através de algumas ações organizacionais. A autora relata dois postulados básicos para conceituação de conflito, a saber:

- O poder é uma característica fundamental e inelutável de todas as relações sociais;
- Toda estrutura social organizada é portadora de conflitos e de processos de regulação desses conflitos;

Precisamos considerar antes de conceituarmos conflito, os diversos aspectos de sua manifestação. O conflito na relação capital-trabalho é estrutural, contínuo e permanente nas relações sociais de produção traduzindo-se por determinada relação de força dentro da organização, não sendo considerado especificamente maléfico (MELO, 1987).

Reafirmando este pensar, Motta (2002) afirma que, existe cada vez mais a aceitação de que o conflito é inerente e inevitável na organização moderna e que pode contribuir positivamente para o progresso social. O mesmo autor (2002, p. 159) prossegue argumentando que existem concepções de relações sociais que mostram diferentes visões de conflito, mas que esses argumentos são utilizados para refutar toda a idéia de participação na gerência organizacional e enfatizar a colaboração mútua no nível da tarefa e da responsabilidade de cada um, dentre as quais cita-se:

- **Visão formal e burocrática:** tende a ver o conflito como disfuncional, pois é uma fonte de desafios e alterações às regras estabelecidas. Essa perspectiva encoraja a repressão e o desconhecimento do conflito;
- **Visão hierárquica:** ressalta a interdependência entre todos os membros de uma organização, defende a repressão dos conflitos, é baseada na premissa de justificativa social da empresa – a autoridade da empresa sobre os indivíduos deve estar sempre subordinada aos resultados e às responsabilidades econômicas da mesma. O objetivo principal da organização é produzir bens e serviços e, não governar homens. Assim, a direção, por vezes, age contra os interesses dos membros da organização que se manifestem em contradição aos interesses comuns.

Colaborando com essas concepções Moscovici (2003) declara que neste contexto, os conflitos são inerentes a vida em grupo. Porém, nota-se, uma tendência a atribuir conotação negativa ao conflito, relacionando-o a combate, briga, violência, guerra, destruição. A autora afirma que

[...] o conflito possui numerosas funções positivas. Rompe o equilíbrio da rotina, mobiliza energia latente do sistema, desafia acomodação de idéias e posições, desvenda problemas escondidos, aguça a percepção e o raciocínio, excita a imaginação, estimula a criatividade para soluções originais. A concordância permanente em grupo pode ser agradável, mas é fator de estagnação do sistema, enquanto o desequilíbrio da controvérsia pode provocar crises que possibilitam mudanças significativas para o desenvolvimento pessoal, grupal e social (MOSCOVICI, 2003, p. 6).

Contudo, entende-se **conflito** como sendo “uma constante da dinâmica interpessoal, reveladora do nível energético do sistema” (MOSCOVICI, 2003, p.06). Assim, suas conseqüências poderão ser positivas ou negativas, construtivas ou destrutivas, em decorrência do grau de aprofundamento e intensidade, da duração, do contexto, da oportunidade e principalmente do modo como ele é enfrentado e administrado (MOTTA, 2002; MOSCOVICI, 2003).

Corroborando, Motta (2002), assegura que a organização sofre constantes transições ambientais que exigem adaptações para garantir o equilíbrio, a sobrevivência e o crescimento. A solução dos conflitos exige, portanto, visão e interferência globalista em nível organizacional. Por esse motivo tende-se a examiná-lo sob o prisma organizacional. Neste caso, toma-se a organização como unidade de análise e procura-se em fatores internos e externos as diferentes causas do conflito.

A organização na concepção pluralista é constituída por uma diversidade de interesses de grupo e de indivíduos interna e externamente articulados. Esses interesses prevalecem como maior ou menor intensidade no meio organizacional, conforme a distribuição interna de recursos e poder. Essa perspectiva segundo Motta (2002, p.157) está baseada em três premissas, a saber:

1ª Os indivíduos são significativamente motivados e agem segundo interesses próprios. O meio organizacional, portanto, contará sempre com grande margem dos objetivos comuns e de cooperação, conforme a missão organizacional predefinida ou a coincidência de objetivos individuais. Por outro lado, contará sempre com grande margem de divergência, baseada nos variados interesses individuais.

2ª Os indivíduos, não podendo normalmente agir por si sós no meio

organizacional, procuram formar coalizões para defender suas preferências e interesses. Assim, a decisão organizacional é resultado da prevalência de uma coalizão sobre outras. O conflito é tão inevitável e natural quanto a cooperação, assim como todo o comportamento de natureza política para influenciar decisões.

3ª Ensina que a capacidade de influenciar decisões e ações depende do poder que indivíduos e grupos possuem e, portanto, a luta pelo seu controle torna-se parte integrante da vida administrativa.

Rivera (2003, p. 187), afirma que entre as regras organizacionais e os atores há uma relação circular de causa que convivem conflitivamente, se chocam e se supõem mutuamente. As regras do sistema (racionalidade estratégica) determinam “o poder dos atores – suas acumulações de recursos organizacionais e de produção técnica, as quais determinam a variedade possível de produtos ou ações”. Entretanto, as regras “podem ser transformadas pelos atores, dependendo para tal do grau respectivo de acumulação de recursos de poder”. Quanto ao campo organizacional, o autor destaca o inter-relacionamento de três regras (jogo organizacional): “a direcionalidade ou a missão, a governabilidade ou o grau de centralização/descentralização e a responsabilidade ou o nível da prestação de contas – qualidade de gestão”. Para o autor, mudar a qualidade da gestão implica alterar as regras do jogo organizacional, principalmente no que diz respeito à responsabilidade, sendo este um desafio da administração pública.

Contudo, todos os conflitos são de poder e, os processos de regulação dos mesmos são provisórios, justamente em função da relação de poder vigente. Sob a luz dessa teoria, Mendonça (1987, p.39) ressalta que a organização passa então a ser vista “como um arranjo provisório, uma combinação única de contradições”.

Complementando essa reflexão e buscando-se formas de usar positivamente os conflitos organizacionais, surge a participação como um instrumento para a cooperação e a solução de conflitos. Neste sentido, Mendonça (1987, p.39) afirma que esta visão muda a ótica da participação, isto é, ao invés de ser instrumento de manipulação a serviço da hierarquia superior, “a participação é encarada como meio de antecipação e regulação dos conflitos de forças antagônicas existentes na sociedade organizacional, ou como via de libertação do homem com destino a sociedade autogestionária”.

Dentro dessa dialética, Motta (2000) prossegue explicando que para os que admitem o conflito proveniente de fatores organizacionais e individuais, a participação é normalmente considerada uma forma eficaz de solução,

acomodações ou equilíbrio entre grupos divergentes. Já, para os que presumem a existência de conflito de interesses reais, a participação é vista de duas maneiras: como uma simples acomodação provisória de um conflito permanente entre interesses inconciliáveis, em que a participação não muda as relações de poder, ou como uma alternativa melhor ao unilateralismo do processo decisório, onde há interesse permanentemente divergente.

As transformações no mundo organizacional e a evolução social têm levado a aceitação de um novo ponto de vista político do poder gerencial, fazendo necessário o desenvolvimento de uma nova perspectiva de análise e uso do poder organizacional. Posto isto, Motta (2002, p.156) define poder como sendo “a capacidade de influenciar outra pessoa ou grupo a aceitar idéias diferentes e a se comportar de maneira diversa do que usualmente faria”.

Borenstein (2000) e Pereira (2003) ao estudarem a concepção de poder em Foucault afirmam que, o poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social constituída historicamente. Fato este que traz a compreensão de que, o poder não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social.

Posto isto, Borenstein (2000, p.45) afirma que

[...] o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade que se possui ou não. Não existem de um lado, os que detêm o poder e, de outro, aqueles que se encontram dele alijados. Na verdade o poder circula, está presente em todo lugar e a todo o momento. Na verdade, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder.

A tudo que foi dito sobre o poder, pode-se ainda acrescentar que, as relações de poder atingem o indivíduo no seu dia-a-dia de trabalho, por isso, precisam ser claras e bem administradas, pois, caso contrário ocasiona muitos entraves no processo de comunicação entre as pessoas e nocivas repercussões nas relações humanas. O poder quando exercido de forma autoritária, repressora, tirânica gera, comumente, um clima de desconforto, dependência, diminuindo a criatividade, iniciativa e autonomia dos membros participantes do contexto grupal. O nível de tensão pode se torna elevado com propensão a conflitos interpessoais e sentimentos de insatisfação.

Toffler (1990) refere três principais fontes de poder: músculo (violência), dinheiro, inteligência (conhecimento) que são formas de controle sobre as relações sociais. Das três, o conhecimento é o poder de mais alta qualidade. Além, de

eficiência persuasiva é mais versátil e possibilita o uso de menor número de fontes de poder para atingir um objetivo.

Contudo, entende-se poder como sendo algo que

[...] se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas que se dissemina por toda a estrutura social, é uma relação [...] O poder é luta, afrontamento, relação de força, uma situação estratégica. Não é um lugar que se ocupa, nem um objeto que se possui. Ele se exerce, se disputa. Não é uma relação unívoca, unilateral. (BORENSTEIN, 2000, p.46).

Nas últimas décadas, a sociedade tem observado uma série de oposições considerada lutas anti-autoritárias que vêm ocorrendo em relação aos poderes hegemônicos instituídos e que possuem características comuns que, segundo Borenstein (2000, p.48):

- São lutas que não estão limitadas apenas a um determinado local, mas que ocorrem em diversos lugares do mundo, com problemas econômicos, políticos e sociais similares;
- Objetivo destas lutas volta-se contra os efeitos do poder, como por exemplo, a medicina, que não é criticada apenas por ser lucrativa, mas, principalmente, por possuir um poder sem limites sobre o corpo e a mente das pessoas, sobre suas vidas e mortes;
- São lutas imediatas, que não objetivam um inimigo futuro, mas o inimigo imediato, nem esperam encontrar soluções para seus problemas futuros (liberações, revoluções, entre outras), mas querem se libertar dos problemas reais, presentes;
- São lutas que questionam o estatuto do indivíduo, que já não aceita mais, pura e simplesmente, o poder de mando. Ou seja, se, por um lado, afirmam o direito de este ser diferente e enfatizam tudo aquilo que torna os indivíduos verdadeiramente individuais; por outro, atacam tudo aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta sua vida comunitária, força o indivíduo a se voltar para si mesmo e o liga à sua própria identidade de um modo coercivo;
- São lutas de oposição aos efeitos do poder relacionados ao saber, à competência e à qualificação; lutas contra os privilégios do saber. São também, uma oposição ao segredo, à deformação e às representações mistificadoras impostas às pessoas. Não há nada de científico, nem uma recusa cética ou relativista de toda a verdade verificada. O que é questionada é a maneira como o saber circula e funciona, suas relações com o poder;
- Finalmente, todas essas lutas contemporâneas giram em torno de quem somos verdadeiramente. Em suma, não se trata de atacar esta ou aquela instituição de poder ou grupo ou elite ou classe, mas, antes de tudo, de atacar uma técnica de poder.

Para Storch⁶ (1987, p. 145) o poder está sempre presente nas questões

⁶ Storch explica que os nomes Teoria da Soma Zero e Teoria da Soma não Zero foram emprestados à Teoria dos Jogos.

ligadas à participação, sendo baseado na definição de controle como “a capacidade de criar efeitos desejados ou de impedir efeitos indesejados”. O autor identifica dois filões teóricos básicos que abordam a ligação entre participação e poder nas organizações, o qual ele denomina de ‘teoria da soma zero’ e ‘teoria da soma não zero’. A *primeira teoria* diz que a participação aumenta o controle por parte de todos os grupos que participam no processo de decisão, envolvendo tanto gerentes quanto trabalhadores; a *segunda teoria* nos fala que a participação serve apenas para reforçar a estrutura de poder, a menos que se mude radicalmente a hierarquia básica da organização.

Esta visão joga novamente luz sobre as possibilidades de uso da participação pela gerência, como um meio para a manipulação dos subordinados, isto é, mascara a percepção do trabalhador quanto ao grau de influência que ele supõe ter sobre a decisão e quanto a sua influência realmente efetiva.

Frente a isto, Melo (1987), coloca que as formas participativas normalmente utilizadas pelas organizações se situam, como meio de integração e de mobilização ideológica. Essas técnicas agem, sobretudo na distribuição dos sentimentos de estar engajado, mas não na distribuição do poder. Para a autora, essa forma não trata de uma verdadeira possibilidade de participar, pois a participação efetiva deve permitir aos grupos ou atores sociais imporem-se uns aos outros como parceiros de negociação nas relações de trabalho. Salienta, ainda, que num sistema de regulação de conflitos caracterizados por processos que procuram controlá-los e reduzi-los, tendo à sua disposição um contexto jurídico que desencoraja a expressão coletiva dos trabalhadores e um fraco sistema de representação, além dos modelos culturais dominantes, a participação entra muito mais como meio de controlar e manter a distribuição do poder nas relações de trabalho, do que para distribuí-lo.

Contextualizando mais amplamente estas reflexões, pode-se afirmar que só se pode localizar o sentido real da participação se ela implicar na divisão de poder entre os grupos e a possibilidade concreta de todos influenciarem a decisão coletiva, sobre os objetivos sociais (MELO, 1987; BORDENAVE, 1994; DEMO, 2001).

Para Motta (2002, p. 179), a legitimação desse poder é reconhecida pela autoridade, que é vista em perspectiva mais ampla para abranger aceitação e a legitimação da influência, por reconhecimento espontâneo, de qualidade pessoal como o saber e a experiência. O autor ressalta que a “autoridade é uma forma de mobilização de energias individuais em direção ao objetivo coletivo e que, seu uso

efetivo representa, o exercício do poder como aprendizado, pressupondo, a aceitação prévia da liberdade”.

Concorda-se com Motta (2002) quando afirma que, exercer influência fora das linhas hierárquicas, exige habilidade no uso das múltiplas fontes de poder que a organização moderna oferece, isto é, desenvolve a habilidade de expressão política, de articular e agregar continuamente novas idéias e interesses para gerar novas alternativas para a ação organizacional. Para isso, afirma o autor, a participação é eficaz para essa expressão política.

Acredita-se que a participação é o antídoto do mal ocasionado pela divisão do trabalho que, levou os trabalhadores a alienação. Isto é, a participação resgata a valorização cultural do individuo trabalhador que o foi furtada com a divisão do trabalho, envolvendo-o na organização como um todo e, o engajando nas situações imediatas de trabalho, restaurando assim, o referencial perdido.

3.3 A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM E OS INDICATIVOS DE MUDANÇA

Às transformações que ocorrem no mundo do trabalho e conseqüentemente na área da saúde, também geram modificações na gestão dos serviços de enfermagem, que refletem em novas formas de organização do trabalho e da própria profissão.

É a partir da interlocução da prática de enfermagem com a tradição marxista, precisamente no final de 70 e início de 80, que se forjam as condições históricas e teóricas para um investimento nas discussões concernentes ao saber / fazer do (a) enfermeiro (a), sob a ótica da teoria do processo de trabalho (AZEVEDO, 2000).

A tradição intelectual de inspiração marxista que se ergueu dentro da profissão de enfermagem, mostra saldos qualitativos de extrema importância, sendo observado em vários estudos realizados por diversos autores. Porém, Azevedo (2000, p.16) situa dois campos de reflexões mais relevantes, a saber:

1º. Investigou o significado da profissão a partir da análise das relações sociais e da divisão técnica do trabalho na sociedade capitalista.

Destacamos neste campo a significativa contribuição de Almeida (1979 e 1986) e Castellanos (1979), além de outros, ao explorarem os meandros do modo de produção capitalista, a emergência e delimitação do campo de práticas pautado na crítica do seu quê fazer e as tramas de interesses que permeiam as relações no trabalho e a produção de conhecimento que fundamenta o trabalho em enfermagem.

2º. É aquele que oferece uma rica problematização acerca do terreno em que se gesta a prática profissional impulsionando o despertar com movimentos emergentes dos elementos da equipe de enfermagem que questionam e criticam o contexto, em que pese às desigualdades de luta, configuradas pela divisão de classes sociais.

No bojo desse movimento, em relação à organização da profissão, tem destaque o Movimento Participação (MP), vinculado à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que discute não só, a reorganização sócio-política da profissão no cenário nacional e estadual, mas o seu próprio processo de trabalho, tendo uma significativa influência no desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem.

O Movimento Participação surgiu em 1979 a partir do 31º Congresso Brasileiro de Enfermagem, perdurando até 1989 sendo que, é no Estado de Santa Catarina em 1980 que o MP inicia de fato sua caminhada e lidera todo o processo a nível nacional. O MP era formado por um grupo de enfermeiros, estudantes de enfermagem, que se opunham aos métodos administrativos formais e autoritários utilizados pela Diretoria Nacional da ABEn para organizar a entidade. Sendo assim, o seu propósito era “desencadear um processo de democratização no seio das entidades de Enfermagem e definir formas concretas de luta pela valorização da profissão tendo em vista a identidade, a competência e a autonomia profissionais” (ALBUQUERQUE, 2002, p.28).

Na luta pela defesa e valorização da profissão, segundo Albuquerque (2002) o MP recriminava a alienação da enfermagem pela falta de visão crítica da sociedade e da profissão. Essa alienação faz com que a enfermagem se organize como afirma Pires (1998, p.85), “sob a égide da divisão pormenorizada do trabalho, onde as Enfermeiras assumem a gerência do trabalho assistencial de Enfermagem, controlando a globalidade do processo de trabalho e delegando tarefas parcelares às demais trabalhadoras de Enfermagem”.

Essa condição de trabalho – parcelamento do cuidado, do assistir, do gerenciar passou a ser questionada e debatida. O MP nas discussões procurava explicar que

[...] a Enfermagem precisa reconhecer e identificar o objeto de seu trabalho, bem como a finalidade deste, para que, ciente disso, possa então organizar o mesmo de forma a qualificar a assistência de Enfermagem e não tornar o trabalho do profissional de Enfermagem alienado, estranho à si mesmo. Esses aspectos deveriam estar presentes em todos os debates e eventos da Enfermagem. Era preciso disseminar este conhecimento à categoria, para que ela, ciente e crítica, pudesse construir um novo caminho, uma nova alternativa no seu processo de trabalho. (ALBUQUERQUE, 2002, p.83).

Concomitantemente, outra característica que envolveu o MP foi a participação crítica nos debates em oposição a visão elitista e corporativista da profissão, que defendia a criação do Sindicato das Enfermeiras e a organização das Enfermeiras de modo separado dos demais níveis profissionais de enfermagem (Técnicos/Auxiliares), o que desconsiderava a realidade da prática da Enfermagem (ALBUQUERQUE, 2002).

Contudo, surge a compreensão de que os elementos e características alienantes da organização do trabalho de Enfermagem se encontram inseridos na função gerencial do enfermeiro, que é condicionada pelo processo produtivo do capital e a divisão técnica e social do trabalho. Essa função gerencial do enfermeiro segundo Azevedo (2000), aponta possibilidades de resistência a esses condicionantes, se for desenvolvida e praticada numa perspectiva de desnudar as tramas históricas, políticas, ideológicas e culturais e assumir uma prática emancipatória, pautada em novas perspectivas do trabalho em enfermagem.

A breve reflexão sobre a prática gerencial desenvolvida pelos enfermeiros (supervisionando, improvisando, fiscalizando) nas últimas décadas, mostra a necessidade de um repensar contínuo sobre o modo de “saber/fazer” do enfermeiro e de suas relações de trabalho. Apesar de terem surgido alguns rompimentos com o atual modelo de organização do trabalho de Enfermagem, impulsionado pelas transformações sócio-políticas e pelo Movimento Participativo, ainda hoje, a Enfermagem mantém muito a reprodução dos interesses do modo de produção capitalista. Isto posto, Azevedo (2000) assegura que, a tendência do gerenciamento na Enfermagem focaliza um terreno nebuloso, interfacetado por características que variam de acordo com o nível ocupado na escala hierárquica da organização (direção, intermediária e operacional).

Essa constatação corrobora com Lorenzetti (1991) quando, no final do século XX afirmava que repensar profundamente a situação do papel gerencial do enfermeiro significava avançar na construção coletiva de uma alternativa de prática

do enfermeiro. O autor sugere como alternativa, uma gestão participativa com socialização do saber técnico e planejamento, execução, avaliação e organização coletiva da atenção de enfermagem.

Para que as organizações sobrevivam neste contexto de mudanças cotidianas é fundamental que o gerente, aqui denominado enfermeiro, adquira competência gerencial em qualquer escala hierárquica da organização. Motta (2002, p. 28) define competência gerencial como sendo, o conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades, habilidades e valores em relação ao trabalho administrativo e, para isso, se faz necessário desenvolver quatro dimensões básicas, tais como:

- **Habilidade Cognitiva:** ser informado e aprender sobre administração a partir do estoque de conhecimentos existentes, desde a definição de objetivos e a formulação de políticas até o arsenal de idéias existentes sobre estruturas, processos e comportamentos organizacionais.
- **Habilidade Analítica:** é aprender a identificar e diagnosticar problemas administrativos decompondo-os em diferentes partes, para rearrumá-los na busca de novas soluções. Aprende-se a estabelecer relações entre fatores organizacionais e a identificar os mais importantes, além de se poder ver a potencialidade de técnicas e instrumentos administrativos na solução de problemas.
- **Habilidades Comportamentais:** adquirir novas maneiras de interação humana, dentre padrões alternativos conhecidos e validados socialmente. Envolve, por exemplo, novas formas de comunicação, de interagir em pequenos grupos, de exercer ou de lidar com poder e autoridade.
- **Habilidade de Ação:** denota a capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional, ou seja, a capacidade de transformar conhecimentos e alternativas comportamentais em formas efetivas de ação. Envolve basicamente, melhor conhecimento de si próprio, de seu papel organizacional, dos objetivos e do contexto organizacional em que atua, além do comprometimento com a missão sócio-econômica da instituição em que trabalha.

Contudo, percebe-se que desenvolver competências gerenciais traz não só a perspectiva de novos conhecimentos, mas também procura levar o indivíduo a adquirir uma nova forma de pensar e agir administrativamente.

Posto isto, Azevedo (2000, p.17) descreve as competências gerenciais que o enfermeiro necessita desenvolver, independente de cargo formal hierárquico, distribuído em três áreas de abrangência, a saber:

- a) **Do conhecimento** sobre o comportamento econômico social organizado, sobre as regras de organização e sobre a avaliação e mensuração de fenômenos, atividades, resultados e recursos, que se constituem na base do conhecimento gerencial, pautado na habilidade político-social. Esta se refere às capacidades psico-físico-sociais do

enfermeiro para trabalhar coletivamente, nas circunstâncias dos serviços e na construção de um projeto de homem e de sociedade e ter consciência de suas posições políticas e assumi-las no trabalho, no sindicato, na associação de classe e no partido político; seja para a mudança, seja para a manutenção do “*status quo*”.

b) **Da competência conceitual** em traduzir princípios gerais e tantas vezes abstratos em metodologias e instrumentos adequados de trabalho. Corresponde à formação teórica, à capacidade do enfermeiro dominar os conceitos teóricos específicos da área do saber de Administração, mas, também, das outras áreas concernentes à prática de enfermagem.

c) **De competência técnica** a qual se liga ao domínio dos procedimentos administrativos e do processo de cuidar em enfermagem. É concernente às atividades em que se deve demonstrar a capacidade de decidir, de assumir responsabilidades e de aceitar o novo, sendo capaz de correr riscos para assim poder construir o futuro.

Para Stoner e Freeman (1995), as habilidades básicas para qualquer gerente são três: técnica, humana e conceitual. Porém, sua importância depende principalmente do nível que o gerente ocupa na organização. Para o gerente operacional a habilidade técnica é a mais importante, sendo a habilidade humana essencial para todos os níveis e a necessidade de habilidade conceitual vai aumentando à medida que os indivíduos galgam os níveis gerenciais do sistema organizacional.

Enfim, analisando-se o exposto, se pode dizer que a gestão dos Serviços incorpora várias dimensões: de criação, de intuição, de cidadania e de valores éticos, sendo essas dimensões responsáveis por focar a gerência para os objetivos sociais da organização e por fazê-la buscar o domínio das técnicas de gestão. Segundo Motta (2002), o papel da gerência é de facilitadora da libertação do homem, na busca de resultados que valorizem e dêem sentido ao seu trabalho. Sendo assim, nas organizações de saúde a gerência deve ter a consciência cidadã, isto é, de que o sujeito – **usuário interno** (trabalhador) e o **usuário externo** (paciente) são os centros de seu sistema.

Colaborando com essa reflexão, Gonçalves (1998, p. 89) acrescenta que a área da saúde precisa determinar novas formas de ação e gestão, buscando maior agilidade operacional e uma **tomada de decisão executada de maneira mais participativa** e menos burocrática. Salienta que a burocracia Weberiana nos hospitais é uma estrutura ineficiente, pois gera controles exagerados e limitantes da iniciativa e da agilidade administrativa. Afirma, também, que “as hierarquias no organograma dos hospitais são extensas e algumas vezes superpostas, sem que se

visualizem mecanismos de equilíbrio que possam favorecer o processo de tomada de decisão”. O autor ressalta que as tarefas distribuídas sem a correspondente definição de critérios que possam representar “metas a serem alcançadas faz com que o processo de tomada de decisão, em situações não previstas, seja determinado por modelos de erro e acerto, em vez de ser orientado por estilos participativos de gestão”.

Partindo destes fatos, crê-se que a problemática do sistema hospitalar é o gerenciamento, que segundo alguns autores como, Mordélet et al. (1995), Lerner (1996), Cecílio (1999) e Azevedo (2000), contribui para o fracasso. Desta forma, acredita-se que o desafio para a enfermagem será o de transformar uma realidade sedimentada na formalização e na centralização do poder, visando o alcance da qualidade de vida no trabalho. O discurso da prática humanista que acompanha a enfermagem está voltado para a assistência de qualidade, porém ele precisa concretizar-se nas relações de trabalho, permitindo uma maior integração do trabalhador por meio de sua participação nos processos de trabalho, capacitando-os para exercerem seu papel de indivíduos políticos.

Concorda-se com Gelbcke (2002, p. 42) quando afirma que, a “forma como o trabalho da enfermagem está organizado dificulta a manifestação da dimensão humana e da subjetividade. As normas, regras e rotinas determinam o que fazer, como fazer e inclusive o que sentir”. Aponta as modernas teorias de gestão como sendo as que mais preconizam a valorização do ser humano, onde são vistos como pessoas, e nelas buscam integrar as instâncias individuais e coletivas, pessoais e profissionais, portanto, sugere a possibilidade de introduzir na enfermagem um modo de gestão participativo.

Ressaltando o exposto, Torres (2003), assegura que os poucos gerentes do HU que percebem a abrangência do termo participação, não o aplicam na prática. As formas de participação baseiam-se no desenvolvimento das atividades, somente para atingir os resultados, contemplando o lado instrumental.

Esta constatação de Torres remete aos alertas feitos por vários autores, como: Faria (1985), Mendonça (1987), Demo (2001), Gelbcke (2002) e tantos outros, sobre a forma intencional como é manipulada a participação. Não se pode esquecer, também, que a participação, para não ficar no plano simbólico, precisa de certas ferramentas operativas, como nos enfatizam Mendonça (1987) e Bordenave (1994), tais como: **conhecimento da realidade**; comunicação, isto é, **informação e**

diálogo e educação para a participação. Devido a esses fatos, a implantação de processos participativos é morosa, pois é um processo prolongado de aprendizagem que depende do compromisso político de cada sujeito, da seriedade com que se encara o processo, porque ele requer mudanças de comportamento e muita disposição dos gerentes, já que exige aperfeiçoamento constante.

Reinventar processos de trabalho demanda tempo e disposição, como visto. Mesmo assim, Campos (1994, p. 105) avaliando o processo de trabalho, afirma que, só se consegue mudar a realidade do trabalho em saúde se

[...] lutando pela criação de mecanismos mais eficientes e democráticos de gestão que, defendam o trabalhador da ação predatória do capital, envolvendo os trabalhadores no planejamento e na gerência dos serviços, reaproximando assim, os trabalhadores do seu objeto de trabalho, dos instrumentos e dos resultados do seu próprio trabalho. Tornar a reinvenção uma possibilidade cotidiana e garantir a participação da maioria nesses processos são maneiras de implicar trabalhadores com as instituições e com os pacientes.

Revisando a bibliografia consultada, Gandin (1994) e Lerner (1996), apontam a cultura participativa como uma técnica ou instrumento responsável por promover mudanças sobre o comportamento humano. Segundo os autores, quando a organização implanta uma cultura participativa, essa faz com que os trabalhadores passem a valorizar a organização e, conseqüentemente, o seu trabalho, pois se sentem parceiros e seres humanos políticos, capazes de estabelecer relações, interações e associações.

Com isso, entende-se que para mudar uma organização precisa-se entender e explorar os acordos que as pessoas usam para se agruparem. Precisa-se determinar o que é significativo para as pessoas, o que as motiva e as inspira. As pessoas somente se abrem para novas informações se acharem interessante o significado daquilo que tem a dizer. Sabe-se que uma organização é baseada em valores; e, estes determinam o comportamento das pessoas e estas sempre irão nos surpreender com novos comportamentos. Para mudá-las precisa-se dedicar tempo para notar o que está emergindo, estar-se atento ao presente e estar-se a par do que está acontecendo, não no que irá acontecer. Não se pode insistir em prever o comportamento dos indivíduos estudando-os de forma isolada. Precisa-se conhecer a **identidade organizacional**.

Chiavenato (1994; 1996; 1999) argumenta que o impulso para a mudança não

envolve somente a participação do indivíduo, mas também, e acima de tudo, o seu meio. O autor acredita que com o investimento na participação, as organizações se tornam receptivas à novas idéias e conhecimentos, proporcionando assim intervenções em sua cultura. Salienta que, dentro do modelo participativo, a cultura deve ser cultivada de forma a desenvolver os aspectos necessários à participação: envolvimento, contribuição e responsabilidade. Definir a cultura organizacional é imprescindível para o sucesso da organização. Sua renovação é importante para a sobrevivência e o desenvolvimento.

Desta forma, Wood Junior et al. (2002) enfatiza que hoje em dia a motivação para o trabalho depende do indivíduo e da organização. Isso implica, que precisa considera-se a estrutura e os processos organizacionais, pois a motivação está ligada tanto às práticas organizacionais quanto às expectativas das pessoas nelas envolvidas. Algumas organizações desenvolvem campanhas de motivação sem procurar conhecer como ela ocorre, isto tem implicações, pois pode levar a uma frustração motivacional.

Neste sentido Chanlat (1995), reconhece que as modificações somente serão possíveis se a filosofia de gestão for coesa com a prática. A filosofia deverá inserir previamente a cooperação, a confiança, o reconhecimento; e em longo prazo, a solidariedade, o diálogo e a equidade. Se a filosofia de gestão ficar apenas no discurso, ela intensificará a desilusão, a agressividade, até mesmo o cinismo entre as pessoas.

Capella (1998) considera necessária a explicitação e a definição de uma política institucional, construída de forma participativa, entre os diversos segmentos envolvidos na instituição, criando as condições necessárias para o atendimento. Na instituição de saúde, devem participar da construção da política institucional, trabalhadores, administradores e usuários, sendo que estes últimos participam de forma diferenciada dependendo de sua capacidade de intervenção.

Matos (2002) considera que para falar em participação como reorganização do trabalho visando o estabelecimento de outras relações de trabalho na categoria de enfermagem, é necessária a articulação discussão entre **pensar** e **fazer**, pois embora se fale largamente de participação nas decisões na equipe de enfermagem, percebe-se que se mantém uma disputa, muitas vezes velada, uma luta por espaços de poder entre os agentes de enfermagem.

Na enfermagem somente a “relativização do poder abrirá caminhos para uma

prática participativa”. Para tanto, exigirá “mudanças de pensamentos e posturas dos profissionais que detém o poder – os enfermeiros” (FERRAZ 1990, p.91).

Atualmente, a preocupação dos enfermeiros em relação ao trabalho em equipe tem sido, “o de oferecer ajuda ao pessoal de enfermagem, permanecendo numa posição isolada quando se trata da concepção da assistência, controlando e direcionando as ações do pessoal subordinado, numa posição rígida, sem o necessário diálogo”. Esta prática não proporciona a integração entre as pessoas, o desenvolvimento da identidade grupal, muito pelo contrário, garante o poder e controle dos enfermeiros sobre os demais integrantes da “equipe”, que são realmente quem realiza a assistência de enfermagem (FERRAZ 1990, p.92).

Posto isso, faz-se necessário salientar que o que costumamos chamar de trabalho em equipe, é na verdade um método rotinizado, onde o que se tem é um grupo de pessoas trabalhando segundo as premissas do modelo funcional. Para Ferraz (1990, p.91) o método de equipe deve ser

[...] um modelo dinâmico de se realizar um trabalho, onde a integração entre os participantes deva ser tal que a equipe possa se comportar como um todo articulado, onde a participação no processo de concepção de um plano de trabalho é essencial ao cumprimento efetivo da tarefa a ser executada.

Neste sentido, Cecílio (1999) ressalta a importância das instituições hospitalares reverem seus sistemas de gestão, sugerindo a idéia de um sistema de gestão mais democrático, dirigido de forma colegiada, no qual o papel do enfermeiro/enfermeira como facilitador não pode ser ignorado.

Aqui emerge novamente a habilidade que o enfermeiro necessita apurar para gerenciar a gestão participativa: a liderança. Contribuindo com este pensar, Azevedo (2002), constata que as organizações hospitalares possuem características próprias de seu ambiente profissional, tornando o processo decisório nessas organizações bastante labiríntico e a cooperação um grande desafio, com isso, o bojo central é o papel da liderança.

Dentro do contexto da participação real, cabe ao enfermeiro o papel de facilitador do processo decisório, onde o mesmo descentralizará o poder, distribuindo-o àqueles que se encontram mais próximos dos problemas, da crise, do cliente ou da atividade principal da enfermagem – o cuidado. A descentralização do poder possibilitará a participação mais efetiva dos liderados, na escolha das alternativas de solução dos problemas (GERGES, 1999; MOSCOVICI, 2003).

Sobre este ponto, Gandin (1994) e Lerner (1996) reafirmam que o verdadeiro líder é essencialmente um indivíduo capaz de investir tempo e energia no futuro de sua organização e, principalmente, no seu pessoal. A essência da liderança está em saber distribuir o poder com os outros, para traduzir suas intenções em realidade e sustentá-las ao longo do tempo.

Outro importante papel na liderança participativa é a educação. Esta também faz parte duplamente do papel do enfermeiro, isto é, além dele necessitar adquirir habilidades para liderar sua equipe, também irá educá-la para serem seus próprios gerentes. Ao longo da experiência profissional, percebe-se a presença de vários valores na enfermagem que necessitam ser lapidados (paciência, autoridade, responsabilidade, influência, poder de percepção, saber ouvir, humildade, honestidade, generosidade, essência de caráter, comunicação, entre outros), para canalizarem seus potenciais de forma construtiva/positiva.

Hoje, é consenso que qualquer membro do grupo pode ter capacidade de liderança, neste caso, pode ou não ser o enfermeiro. Porém, sendo o enfermeiro na sua posição hierárquica o coordenador natural, é ele especificamente a referência fundamental para o êxito dos objetivos do serviço de enfermagem. Isto é, cabe ao enfermeiro reconhecer as potencialidades de lideranças grupais e colaborar com o seu desenvolvimento, fazendo com que o grupo perceba que o controle do trabalho é feito internamente pelos membros do grupo.

Corroborando, Gerges (1999) percebe o discurso na enfermagem enfatizando o elemento humano como principal capital. Ressaltando não ser mais tolerável que os enfermeiros tenham a força dos liderados⁷.

A tarefa suprema da liderança é a criação de energia e visão humanas. A participação e o diálogo geram nos trabalhadores o sentimento de autoconfiança e de capacidade de executar tarefas necessárias, de criar oportunidades para o auto-desenvolvimento, condições de aperfeiçoarem as suas habilidades criativas, entre outras (GERGES, 1999). É com este ambiente que se cria oportunidades para que os trabalhadores possam colocar-se à prova e demonstrar que são capazes de progredir e crescer.

Os elementos que caracterizam a gestão participativa nas relações de

⁷ Gerges utiliza o termo liderados ao se reportar aos trabalhadores que são subordinados a uma chefia.. Acreditamos que esse termo pode denotar um sentido de que existe um líder a ser seguido. Por não ser este o significado almejado no estudo, optamos por utilizar o termo trabalhador ao invés de liderados.

produção evidenciam a necessidade de um novo olhar no gerenciamento do processo de trabalho de enfermagem, para que ele possa enfrentar os constantes desafios e incertezas da atualidade. Porém, no que se refere às experiências de práticas de gestão participativas nos serviços de enfermagem, pouco se encontra de relatos na literatura.

Sendo assim, sob a luz dessa revisão teórica far-se-á uma contextualização empírica da instituição em que será realizado o estudo, enfocando a estrutura organizacional do HU/UFSC e DE/HU, bem como, as mudanças gerenciais ocorridas no Serviço de Enfermagem do HU/UFSC e a sua experiência no desenvolvimento, mesmo que timidamente, de processos participativos.

4 CONTEXTO EMPÍRICO A LUZ DA REVISÃO DE LITERATURA: O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFº. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

O Hospital Universitário (HU) Profº Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), é um hospital geral de médio porte, sem fins lucrativos, sendo um órgão suplementar da Universidade e subordinado à Reitoria, vinculado ao Serviço Público Federal, mantido com recursos do Ministério da Educação (MEC). Aberto em 1980 possui no seu quadro funcional 1.306 trabalhadores, entre os quais, 1.157 são do quadro permanente⁸, desses 532 são trabalhadores da enfermagem e 149 são contratados⁹.

Com base na descrição de hospital feita por Mordelet et al. (1995), este é um grupo humano de produção de serviço (os cuidados fornecidos aos pacientes – cliente); a produção é o resultado de uma atividade, pois se origina de um conjunto de esforços empregados; é constituído de patrimônio que aparece na balança e de elementos ditos materiais: renome, reputação, da imagem e de competência técnica; trabalha também por trocas, isto é, em troca de serviço (prestação de saúde) que fornecerá aos seus clientes, será remunerado diretamente por estes, ou indiretamente por um plano de saúde – Sistema Único de Saúde (SUS); possui autonomia que pode ser reforçada por um estatuto jurídico e finalizando possui cliente interno (funcionários).

Refletindo-se sobre essa descrição de hospital enquanto uma empresa, se entende que o HU/UFSC, mesmo que não seja considerado por muitos de seus trabalhadores como uma empresa, apresenta tais características. No entanto, não se pode deixar de enfatizar uma outra característica que vem sendo muito difundida no HU/UFSC – a humanização da assistência. Porém, o discurso da humanização não pode ser praticado somente em relação à qualidade da assistência aos usuários, mas sim, deve estar voltado também para a humanização das relações de trabalho.

⁸ Estes trabalhadores são contratados através do Regime Jurídico Único, via concurso público e possuem estabilidade na instituição.

⁹ Estes trabalhadores são contratados através do Regime Celetista (CLT), por meio da Fundação de Amparo a Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU).

O SUS preconiza que a Humanização deve ser vista não como um programa a mais, mas sim, como uma das dimensões fundamentais a ser aplicada aos diversos serviços de saúde, como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. A humanização implica em aumentar o grau de co-responsabilidade dos diversos atores que constituem a rede SUS, na promoção da saúde. Implica também, na mudança de cultura de atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. A humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. A Política Nacional de Humanização investe na produção de um novo tipo de interação entre sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). O HU tem como objetivo o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão, desempenhando, também, importante papel no atendimento às necessidades de saúde da população catarinense, sendo a única instituição hospitalar que atende somente a usuários do SUS em SC e um dos poucos da Região Sul.

Tendo em vista o que foi até aqui apresentado, faz-se necessário um pequeno aprofundamento da descrição de seu Regimento Interno, com o objetivo de estabelecer uma coesão entre a prática e a teoria preconizada na organização de serviços, ressaltando-se sua estrutura hierárquica e os caminhos percorridos na busca de nova prática de gestão.

4.1 IDENTIFICANDO A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA INSTITUIÇÃO PESQUISADA

Buscando-se apreender como foi organizado administrativamente o Hospital Universitário, se considera relevante fazer um resgate histórico da sua origem e composição. Deste modo, acredita-se que facilitará a concepção do modelo de gestão e da forma como se organizou uma de suas Diretorias que é objeto deste estudo.

O Hospital Universitário foi inaugurado em 02 de maio de 1980, com apenas duas unidades de internação funcionando desde 24 de março, tendo sido o Diretor Geral empossado em 11 de março. O HU foi concebido num meio sócio-político

complexo e de muitas dificuldades (SÃO THIAGO, 1983). Segundo o autor, a idéia de criar um Hospital-escola surgiu no início da década de 60, com isso, em novembro de 1963, foi criada a primeira Comissão do Hospital das Clínicas, que orientou os trabalhos de construção. O planejamento iniciou com poucos representantes, chegando a 25 membros em junho de 1978. Apesar de possuir um número elevado de integrantes, somente os professores de todas as disciplinas dos cursos a serem ministrados no HU se faziam presentes. O número excessivo de integrantes da comissão gerava problemas na tomada de decisão. Coligado a isto, as obras foram paralisadas de março de 1971 a novembro de 1976, por falta de recursos financeiros e materiais, sendo que, no decorrer desse período a política ministerial também colaborou com esta paralisação quando, colocou em segundo plano o ensino médico em hospitais universitários oficiais. Apesar desses percalços, a maioria dos membros da Comissão não esqueceu do sonho (SÃO THIAGO, 1983).

A Comissão, segundo relata São Thiago (1993), elaborou um programa de prestação de serviços, de assistência médica e ao ensino da medicina, com base em princípios éticos e científicos do mais elevado padrão. Embora tivesse o objetivo de ser um hospital de ensino e de prestação de assistência à sociedade, deu maior importância à assistência do que ao ensino, de modo a transformar esse hospital num modelo estadual.

As características gerais desejadas e que se faziam necessárias à instituição, foram enumeradas pela Comissão do Hospital, sendo que mais tarde algumas foram relevantes na definição do Organograma e Regimento Interno (PEREIRA, 2003). Algumas unidades como o centro obstétrico, UTI neonatal, só foram implantadas no final da década de 90.

O organograma foi elaborado procurando atingir duas finalidades básicas: a didática e a assistencial. Desta forma, visou-se, um “organograma administrativamente compatível com um hospital geral de referência, com características de Instituição de Ensino e buscou a solução dos seguintes pontos” (SÃO THIAGO, 1983, p. 83-84):

- Criar, como primeiro escalão administrativo, submetido à Diretoria e a decisões colegiadas de um Conselho Diretor, Subdiretorias com abrangência nos quatros finalidades prioritárias: ensino de medicina, ensino de enfermagem, assistência médica em todos os níveis, administração hospitalar de Hospital-escola.
- Desvincular as duas atividades docente-assistenciais primordiais – medicina e enfermagem – no sentido de que liderem cada qual o seu programa com independência, dentro das normas regimentais.

- Fazer o hospital funcionar a base de Serviços, estes vinculados a Divisão, e não de Departamento de Ensino, estes liderando todo o sistema docente-assistencial, porém tendo sede administrativa, e submissão burocrática, no Centro de Ciências da Saúde.
- Vincular as Divisões técnicas às disciplinas do quadro curricular das profissões a serem ensinadas no Hospital.
- Vincular as Divisões administrativas às necessidades funcionais da instituição, atendendo também a parte empresarial do seu plano organizacional.
- Obedecer às regras de administração hospitalar no que toca à hierarquização dos sistemas vindas do órgão central da administração universitária para Diretoria geral, Subdiretoria, Divisão, Serviço, Seção, Setor e Setor de Setor, se necessário.
- Evitar o caráter estático do Organograma, a fim de torná-lo suscetível de reformulações futuras, de acordo com a evolução da Ciência e as peculiaridades de ensino das profissões de saúde.

A Comissão de 1980, com o apoio dos registros e dos levantamentos quanto às características do hospital: distribuição física, objetivos estabelecidos, pode criar o organograma (Anexo 1) e o Regimento Interno¹⁰, que vigorou até 1992, quando sofreu sua única reformulação, embora tenham existido outras tentativas sem êxito (PEREIRA, 2003).

Conforme estas características, Pereira (2003, p. 124-125) em sua análise, descreve o organograma do HU como sendo: “a departamentalização¹¹ predominante é a funcional, porém a área de medicina está distribuída por especialidades profissionais que confundem a definição da classificação, como sendo, também por clientela e, possui dois tipos de estrutura: a linear¹² e a linha assessoria¹³, além de ser caracterizado como clássico¹⁴. Além disso, o organograma é extenso e continua expandindo conforme o crescimento do hospital”.

Sendo assim, a hierarquia do HU é apresentada na seguinte ordem: Administração Superior, Diretorias Setoriais, Divisões, Serviços e Seções, contando,

¹⁰ SOUZA (1985, p. 89) define Regimento Interno como, “um documento que tem finalidade especificar, de forma clara e objetiva as atribuições dos diversos componentes, a responsabilidade, a autoridade e a competência dos diversos elementos que integram uma organização”.

¹¹ “A departamentalização, neste caso por clientela constitui o agrupamento de atividades realizado com base nos tipos de clientes a serem atendidos” (Ibid., p.41).

¹² Linear: “também denominada de estrutura militar. Nela, tanto a autoridade administrativa como a técnica são distribuídas segundo uma única linha que, partindo do nível mais elevado da organização, flui sem interrupção até atingir os elementos situados em seu último nível. Todos os atos praticados pelos seus integrantes são de inteira responsabilidade dos respectivos chefes. Dessa forma cada elemento da estrutura se reporta a um único superior e dele recebe todas as ordens e instruções” (Ibid., p. 60).

¹³ “A estrutura de linha de acessória tem como característica básica a existência de certos órgãos as quais somente se atribui autoridade consultiva” (Ibid., p.62).

¹⁴ “É um tipo de organograma no qual as diversas unidades ou órgãos que compõe a organização são representados por retângulos, enquanto que as relações de autoridade, nos seus diferentes tipos, são figurados por meio de linhas” (Ibid., p.53).

ainda, com Comissões Temporárias e Permanentes.

- **Administração Superior:** Conselho Diretor, Diretoria Geral, Vice-Diretoria, contando com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e um Assistente de Direção;
- **Administração Setorial:** composta por quatro Diretorias: Diretoria de Medicina, de Enfermagem, de Administração e de Apoio Assistencial. Cada Diretoria é composta por Divisões e estas são compostas por Serviços.
- **Comissões Permanentes:** de prontuários; de padronização de medicamentos; de controle de infecção hospitalar e higienização (CCIH); de residência médica; de ética e deontologia médica; de abertura de licitação. Essas comissões são órgãos de assessoria, com autoridade consultiva e que auxiliam na avaliação de problemas específicos ou rotineiros.

Segundo Pereira (2003), a Direção do HU pertence teoricamente ao **Nível Estratégico** e possui autoridade predominantemente deliberativa, englobando a Administração Superior e a Setorial. As Diretorias Setoriais têm função gerencial direta com o seu setor e com o Diretor Geral. Essas Diretorias Setoriais possuem autoridade deliberativa como predominante, têm suas atribuições e responsabilidades descritas no Regimento Interno e têm como responsabilidade, listar as atribuições de cada função pertinente ao seu órgão. Já as Divisões, são órgãos de **planejamento tático** e de controle operacional das Diretorias Setoriais e possuem autoridade que oscila entre a hierárquica e técnica. Os Serviços são considerados órgãos de **execução** em relação à assistência, ao ensino, a pesquisa e a extensão, devendo cumprir as diretrizes emanadas da Administração Superior, Diretorias Setoriais e das Divisões respectivas. Na categoria funcional os Serviços tem autoridade técnica e um pouco hierárquica. Neste estudo, não se analisou individualmente o organograma de cada Diretoria Setorial.

Observando-se as afirmações anteriores, se pode afirmar que a estrutura organizacional do HU possui características Burocráticas. Confirmando esse pensar, Motta e Vasconcelos (2004) descrevem a representação Burocrática Weberiana, como, uma hierarquia definida por regras explícitas, e as prerrogativas de cada cargo e função definidas legalmente e regulam o exercício da autoridade e seus limites: a **Diretoria** é responsável pelo planejamento estratégico, a **Gerência Média**

(Divisões) é responsável pela implementação das decisões e, o **Nível Operacional** (Serviços) é responsável pela rotinização das funções. Os autores prosseguem suas análises, assegurando que este tipo de estrutura tem funções definidas e competências rigorosamente determinadas por leis ou regulamentos. A divisão de tarefas é feita racionalmente, baseando-se em regras específicas, os membros do sistema têm direitos e deveres delimitados por regras e regulamentos, corroborando com o estudo de Pereira (2003).

Stone e Frerman (1995) constataram que esse modelo de estrutura (utilizada pelo HU) torna a tomada de decisão metódica, morosa e as novas idéias inovadoras tendem a ser estranguladas em favor da fiel obediência às regras. Neste sentido, para que a atual Direção realmente implante uma Gestão Participativa, seria necessário rever essa prática organizacional, buscando uma estrutura mais aberta, flexível e adaptável, que impulse para mudanças. Neste caso, o HU necessita definir sua atual cultura organizacional.

Contudo, Chiavenato (1999), afirma que para a implementação de uma administração participativa, a organização necessita obter coerência em três fundamentos organizacionais: estrutura, cultura¹⁵ e clima¹⁶.

Outros aspectos relativos à construção da estrutura organizacional que precisam estar bem definidos, são: a missão, a finalidade e os objetivos da instituição, pois estes, definirão a filosofia. Em relação a esses pontos, Pereira (2003, p.134) comparando o que está definido no Regimento Interno do HU com a literatura faz a seguinte análise:

- a) A visão e a missão de uma organização são elementos fundamentais para a sobrevivência. No HU, não se tem claro formalmente a definição de cada uma delas, tanto para os indivíduos, quanto para o próprio Regimento e, ressalta que, é importante considerar, pois, ambas são imprescindíveis na elaboração e eficiência do Regimento e no direcionamento dos esforços dos colaboradores;
- b) No HU os objetivos “encontrados nos parágrafos I e II, do Art. 2, são considerados como a sua finalidade, ou seja, sua causa final ou algo que a instituição se destina”. Pois, objetivo é o meio, caminho ou, a ação traçada para se chegar à finalidade.

¹⁵ CHIAVENATO (1999) declara que a cultura vai definir a missão, contribui para a formação da visão e dos objetivos.

¹⁶ Para Chiavenato (1999) o clima é resultante da estrutura e cultura organizacional e deve ser orgânica e dinâmica, influenciando de forma benéfica o desempenho humano. Cita alguns fatores constitutivos do clima: responsabilidade, padrão de desempenho, recompensa, clareza organizacional, apoio e calor humano e liderança.

Salienta-se, alguns níveis de participação encontradas, descritas no Regimento Interno, no sentido de identificar-se sua efetivação real. Como descreveu-se anteriormente, o HU possui um Conselho Diretor, que tem funções normativas, consultivas e deliberativas. Esse, segundo o Regimento Interno (Art. 9), é composto pelos seguintes membros: Diretor Geral do HU, seu presidente; Vice-Diretor do HU; Diretor de Medicina; Diretor de Enfermagem; Diretor de Administração; Diretor de Apoio Assistencial; Diretoria do Centro de Ciências da Saúde (CCS); Chefes dos Departamentos de Ensino e dos Coordenadores dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação do CCS que possuam atuação efetiva no HU; quatro Servidores do quadro permanente da UFSC, sendo um de cada diretoria setorial do HU; um representante do corpo discente; um representante dos Médicos residentes; um representante da Comunidade.

Em relação à paridade da Composição deste Conselho Diretor, Pereira (2003, p. 137) faz a seguinte análise: “percebe-se que dos membros, 10 são servidores do HU, enquanto para os membros do CCS, docentes e discentes, chegam em média a 22 componentes em contraposição a um membro que representa a comunidade [...]” A autora confirma a existência de uma hipertrofia dos órgãos de ensino no que diz respeito à representação da comunidade, não “fica muito claro qual seria a sua finalidade e se sua representação é legítima, visto que tal membro não disporia de maiores conhecimentos específicos do HU, desconhecendo também o seu funcionamento interno e suas necessidades”. Mais adiante, a autora afirma que esse Conselho deveria reunir-se ordinariamente bimestralmente, mas isso não acontece na prática, sendo que uma das hipóteses levantadas pode ser o seu número elevado de membros, tornando-se inoperante. Com isso, as decisões que deveriam ser tomadas pelo Conselho, passaram para a responsabilidade da Diretoria Geral e Setorial, que se reúne semanalmente.

Segundo o livro de atas do Conselho Gestor do HU, nos últimos quatorze anos houve reuniões de caráter informal, tendo em vista a falta de quorum mínimo para a sua formalização. Na atual gestão houve duas reuniões, porém ambas de caráter informal, igualmente devido ao problema de quorum insuficiente. Por este motivo, o Conselho Gestor indicou uma comissão que está estudando um novo redimensionamento do número de membros para a sua composição. Entretanto emerge a necessidade que esta nova estruturação operacional do conselho busque garantir o comprometimento com as novas diretrizes do SUS - democratização, ou

seja, Conselho Gestor tripartite paritário composto pelos gestores, trabalhadores do HU e sociedade civil (usuários).

Frente à análise de Pereira (2003), alguns cuidados devem ser tomados em relação à composição do conselho gestor. Emerge citar-se o alerta de autores como Mendonça (1987), Maximiano (1995), Demo (2001) entre outros, sobre o sentido da participação, que sem os devidos cuidados pode ser usada como meio de manipulação, a qual é classificada por Storch (1987) como participação psicológica. Outro ponto a salientar é que essa composição quando não paritária pode, como bem afirma Melo (1987), reforçar o desencorajamento da expressão da comunidade.

Outro espaço de participação evidenciado está na forma de nomeação de alguns cargos. Os cargos de Direção Geral, Vice-Diretor, Diretoria Médica e Enfermagem, bem como todos os cargos que compõe a Diretoria de Enfermagem, vigoram através de eleição direta. Esse processo democrático é respeitado pelo Diretor que, encaminha os nomes dos eleitos para a nomeação que é efetuada pelo Reitor. Para o processo eleitoral é convocada uma comissão eleitoral que se responsabilizará pela organização do pleito. Já os cargos das demais Diretorias (de Apoio e Administração) são escolhidos pelo Diretor eleito e nomeados pelo Reitor.

O Regimento Interno também estabelece linhas gerais que deixam os colaboradores livres para criar, alterar e adequar as atribuições e as condições para cada situação. Desta forma, alguns membros dos órgãos existentes já estão se organizando para a integração, de forma democrática, sendo apontada timidamente, como fator relevante para um bom resultado (PEREIRA, 2003).

Contudo e finalizando-se essa descrição estrutural do HU, no que se refere a sua apresentação formal e de como é visto na prática cotidiana dos gerentes, percebe-se diferenças que, “merecem ser discutidas para melhor compreensão do contexto da organização e redirecionamento do significado que diz respeito ao Regimento de uma maneira mais uniforme”. Neste sentido, entre as atribuições das Diretorias encontra-se o: “cumprir e fazer cumprir o Regimento”, porém percebe-se que nem sempre são cumpridas (PEREIRA, 2003, p. 156).

Posto isto, acredita-se que o Regimento revela o poder institucional, com suas regras e normas impostas, porém quando não são avaliadas de tempo em tempo e acabam por perder a legalidade em função das mudanças culturais da organização. O fato de se exigir o cumprimento e de se fazer cumprir acaba muitas vezes por limitar as ações dos agentes, por esse motivo, muitas normas ou regras

deixam de ser respeitadas. Por outro lado, pode-se afirmar que o desrespeito ao Regimento pode representar uma forma de resistência ao poder constituído pelo mesmo, onde as pessoas, por não quererem ser dominadas resistem as ordens.

Concorda-se com Pereira (2003) quando adverte que, o HU necessita não só construir sua missão e definir melhor sua finalidade coletivamente, mas necessita reformular seu organograma conforme as necessidades existentes, seguida da reformulação do Regimento.

Dentro deste contexto, acredita-se ser de suma importância que a participação seja referenciada explicitamente na filosofia da instituição e no Regimento Interno, não somente como um processo gerencial, mas acima de tudo, como um direito em si, inerente ao próprio indivíduo.

4.1.1 A Organização estrutural da enfermagem

A Enfermagem, desde a abertura do HU em 1980, participou intensamente de sua estruturação. Destaca-se aqui, a participação na luta pela consolidação do HU da Associação Brasileira de Enfermagem de Santa Catarina (ABEn/SC). Segundo Albuquerque (2002, p.123) a ABEn/SC “participou ativamente com suas lideranças, articulando com as autoridades federais a implantação do HU. Ao mesmo tempo colaborou com a construção do Serviço de Enfermagem, por meio da realização de debates e plenárias sobre o modelo de Serviço a ser implantado”.

Nesses debates, percebe-se a importância de modificar os vínculos estabelecidos nos modelos estruturais vigentes nas instituições de saúde. Isto é, desvincular o Serviço de Enfermagem da categoria médica, visto que sempre estavam subordinados a uma Diretoria Técnica ou Clínica, sendo esses cargos ocupados por médicos. As discussões acerca dessa vinculação estrutural para que o Serviço de Enfermagem “fosse vinculado a uma Direção específica”, ocasionou na criação “da Diretoria de Enfermagem, eleita diretamente por seus pares, juntamente com a escolha das Chefias de Serviço”. Esse modelo “serviu como referência nacional, em organizações de assistência à saúde, sendo assim, o pioneirismo do

HU foi importante para confrontar os modelos estruturais até então existentes” (ALBUQUERQUE, 2002, p. 123).

Apesar desse avanço, a arquitetura organizacional (organograma) do HU, não sofreu mudanças significativas, mantendo sua ênfase estrutural baseada na administração científica e clássica, com uma estrutura rígida, com diversos níveis hierárquicos. Dentro desta arquitetura geral, fica a Enfermagem assim estruturada: subordinada a Direção Geral estava a Subdiretoria de Enfermagem, subordinada a essa e em ordem decrescente estavam as duas Divisões (Pacientes Internos e Externos), os quatros Serviços (Clínica Médica, Cirúrgico, Pediátrica, Emergência e Ambulatório), de Seção e de Setor.

Em 1996, o MEC faz uma reformulação extinguindo cargos e funções, obrigando o HU a fazer uma readaptação no seu organograma, conforme suas exigências. A enfermagem assim, passa a repensar em sua reestruturação hierárquica e após muitas discussões surge uma proposta de uma nova estrutura organizacional da Diretoria de Enfermagem (DE) (Anexo 2), que foi aprovada em assembléia geral da enfermagem e entrou em vigor em maio de 2000. Com essa reestruturação que foi implementada em toda a instituição, a DE, de acordo com o RI do HU, é o órgão que se responsabiliza pela assistência de enfermagem do hospital e como elo de ligação com o Departamento de Enfermagem/UFSC nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Está subordinada hierarquicamente ao Diretor Geral e possui administração própria e autonomia profissional, sobre as quais mantém autoridade e responsabilidade. O Diretor de Enfermagem deve ser um enfermeiro do quadro permanente da UFSC, lotado no HU, ou um enfermeiro docente do Departamento de Enfermagem ou de Saúde Pública, que tenha exercido atividades no hospital por um período não inferior a três anos, devendo exercer suas funções em regime de tempo integral.

A DE possui um RI (Anexo 3) e está organizada hierarquicamente em quatro níveis, conforme Art. 4º formando as instâncias executivas, qual sejam: Diretoria de Enfermagem, Divisão de Enfermagem, Serviços de Enfermagem e Núcleo. Em todos esses quatro níveis, de acordo com o Regimento Eleitoral da Enfermagem, seus chefes são escolhidos por eleição direta, legitimados em assembléia setoriais e aprovado pela Assembléia Geral da Enfermagem.

A DE possui quatro **Divisões**: de Enfermagem em Emergência e Ambulatório (DEEA); de Enfermagem Médica (DEM); de Enfermagem Cirúrgica (DEC); de

Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (DESCAM). Essas novas divisões substituíram as antigas, denominadas de Divisão de Pacientes Internos (DPI) e Divisão de Pacientes Externos (DPX). As divisões são órgãos de planejamento, organização e controle operacional da DE estando subordinadas diretamente ao Diretor de Enfermagem e tem por finalidade assessorar a DE coordenar e viabilizar as atividades de ensino, pesquisa e administração desenvolvidas nos Serviços sob sua responsabilidade.

Subordinadas a essas divisões estão 16 **Serviços** e 01 **Núcleo**, a saber: **DEEA** – Serviço de Enfermagem de Emergência Adulto, Serviço de Enfermagem em Ambulatório e Núcleo de Emergência Pediátrica; **DEM** – Serviço de Enfermagem da Clínica Médica I, da Clínica Médica II, da Clínica Médica III, do Centro de Terapia Intensiva e do Centro de Tratamento Dialítico; **DEC** – Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica I, da Clínica Cirúrgica II, do Centro Cirúrgico e do Centro de Esterilização; **DESCAM** – Serviço de Enfermagem da Clínica Ginecológica e Emergência Ginecológica e Obstétrica, da Clínica de Neonatologia, da Clínica Obstétrica, da Clínica Pediátrica, do Centro Obstétrico e a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno. Esses serviços são órgãos de execução em relação à assistência, ao ensino, pesquisa e extensão. Tem por finalidade, assessorar as Divisões, coordenar e viabilizar as atividades de ensino, pesquisa e administração desenvolvidas no seu respectivo Serviço.

De acordo com o RI em seu Art. 5º a DE como instância deliberativa está organizada em três níveis, nessa ordem, a saber:

1. A **Assembléia Geral da Enfermagem** é a instância máxima do Órgão de Enfermagem, que tem finalidade deliberativa, normativa das ações desenvolvidas pela DE. É composto por todos os trabalhadores lotados na DE/HU.
2. O **Colegiado das Chefias** tem como finalidade deliberar e estabelecer proposição, para o direcionamento, exclusivamente gerencial da DE, em questões que repercutam em todo o órgão. É constituído dos seguintes membros: Diretor de Enfermagem, todas as chefias das Divisões, Serviços e Núcleo; todas as Coordenadoras das Comissões Permanentes.
3. O **Conselho Administrativo (CADE)** tem como finalidade deliberar e estabelecer proposição para o direcionamento, exclusivamente gerencial da DE, em questões de repercussão setorial. É constituído dos seguintes membros: Diretor de Enfermagem; Chefias de Divisões e pelos

Coordenadores das Comissões Permanentes de Assessoramento. As deliberações do CADE são fundamentadas na consulta prévia dos representantes aos seus pares, em reuniões ou assembléias setoriais.

Além dessas instâncias, constam na estrutura organizacional da DE comissões permanentes, que tem finalidade de assessoramento e/ou auditoria da DE. Contudo, a DE pode designar comissões temporárias para atuarem em situações específicas, não constando na arquitetura organizacional. As comissões permanentes são três, a saber:

- a) **Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn):** criado em 1988, nesta época denominada Comissão de Educação em Serviço, é composto por duas enfermeiras com disponibilidade integral, sendo uma coordenadora. Os demais membros permanentes com carga horária parcial e diferenciada estão assim compostos: Diretora de Enfermagem, as quatro chefias de Divisão, a coordenadora da CPMA, três professores do Departamento de Enfermagem/UFSC e um Técnico/Auxiliar de Enfermagem. Possui regimento próprio, devidamente legitimado pelos trabalhadores de enfermagem lotados na DE em Assembléia Geral. O foco central desse Centro é incentivar o desenvolvimento individual e profissional dos Recursos Humanos da DE relacionados aos aspectos técnicos, científicos e humanísticos.
- b) **Comissão de Ética da Enfermagem (CEEn):** criada em 1997, em assembléia geral, atendendo uma determinação do sistema COFEn/ COREn-SC (Resolução-172/94). É um órgão representativo do COREn-SC nas questões éticas dos profissionais de enfermagem e é composto por: dois enfermeiros (as), dois técnicos (as) e dois auxiliares de enfermagem. Seus membros efetivos, com seus respectivos suplentes são escolhidos por meio de um processo eleitoral, com mandato para no máximo dois anos e com disponibilidade de quatro horas semanais. Esta comissão tem a função de: educar, opinar, consultar, fiscalizar e assessorar as questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Também possui regimento próprio aprovado pelos trabalhadores de enfermagem lotados na DE em Assembléia Geral.
- c) **Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA):** criada em maio de 2000, sendo composta por: um enfermeiro coordenador e uma

secretária, ambos com disponibilidade integral, um docente do Departamento de Enfermagem, um representante do nível médio da enfermagem de cada divisão com disponibilidade parcial. O coordenador e o representante de nível médio são escolhidos por meio de um processo seletivo e o mandato acompanha o processo eleitoral da DE. Sua função é coordenar o processo de planejamento, organização e controle de material de assistência, de acordo com as necessidades de cada serviço. Assim como as outras duas, possui regimento próprio legitimado pelos trabalhadores de enfermagem lotados na DE em Assembléia Geral.

A Enfermagem do HU, historicamente, conquistou diversas posições dentro do HU/UFSC, bem como, sempre se preocupou com a organização do seu trabalho, seja em sua dimensão assistencial, educativa ou na sua importância estratégica na vida institucional, tentando buscar novos processos que superassem a administração científica. É nesta busca que timidamente a enfermagem do HU vem reconstruindo a organização do trabalho, permitindo espaços formais e informais de participação (CASEEA e reuniões de serviços, apesar de não constarem no RI são exemplos), como foram observados na descrição de sua estrutura organizacional.

Contudo, essas oportunidades de participação ainda não produzem uma mudança efetiva na organização do trabalho de enfermagem, isto porque a sua estrutura organizacional mantém a subalternidade, retirando grande parte do exercício de sua autonomia, criatividade e capacidade de inovar. Essa estrutura – cadeia vertical de comando pode ser um meio poderoso de controle exercido sobre o trabalhador e seus pares, o que na verdade deveria constituir-se no controle sobre a realização do processo de atividade. Precisamos ir além, redesenhar a arquitetura, para que possamos contemplar o conhecimento e as relações interpessoais.

4.2 O GERENCIAMENTO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM DO HU

A respeito das funções gerenciais, a enfermagem do HU ainda enfrenta uma tarefa bastante difícil. O que questiona-se, na verdade, é o grau de valor atribuído

pelos enfermeiros ao trabalho administrativo (assistencial e burocrático), a forma como esse trabalho vem sendo realizado e a finalidade que vem sendo dada a esse trabalho.

Em 1980, o processo de trabalho da enfermagem foi organizado com ênfase no papel do enfermeiro. Este concebe a assistência, coordena e supervisiona a execução do trabalho dos demais trabalhadores de enfermagem. Para que o enfermeiro pudesse desenvolver a função de gerente da unidade, foi elaborado o Método de Assistência de Enfermagem (MAE), instrumento para a organização da assistência de enfermagem, como forma de auxiliar na gerência da assistência. Por meio desse instrumento, o enfermeiro planeja os cuidados de enfermagem que serão prestados aos pacientes. Como esse instrumento apenas garantia a assistência, mas não a disciplinava, foram elaboradas normas, rotinas, manuais de atribuições por nível profissional, manuais de procedimentos assistenciais e administrativos. Na realidade, esses instrumentos utilizados pelos enfermeiros permitem o controle das ações desenvolvidas pelos demais trabalhadores de enfermagem, isto é, impõe uma rotina rigorosa, não deixando espaços para questionamentos.

Em 1984, a abertura política que acontece no País reflete também nos serviços públicos e na enfermagem, como se citou anteriormente. Surgem as lutas por melhores condições de trabalho e com isso, inicia-se um processo de reflexão sobre as formas tradicionais de gerenciamento do trabalho. Esse processo resulta, para a enfermagem do HU, na conquista da escolha das 'chefias' por meio de um processo eleitoral.

Em 1987, aliado às mudanças que vinham ocorrendo no mundo do trabalho e na política, a enfermagem além de iniciar o processo de democratização por meio de alguns espaços de participação, também busca mudar seu modelo assistencial, surgindo o cuidado integral. Contudo, Matos (2002, p. 45) afirma que

[...] todo esse movimento de democratização do serviço de enfermagem, não modifica positivamente as relações internas da equipe de enfermagem, uma vez que as relações de poder, no exercício da prática cotidiana, permanecem inalteradas, mantendo a divisão entre concepção e execução do trabalho.

Em 1988, surgem outros movimentos e alguns deles permitem a participação de todos os níveis profissionais da enfermagem no processo decisório, como é o

caso: da Assembléia Geral de Enfermagem, o Colegiado de Enfermeiros e a implantação do processo seletivo para remanejamento interno dos trabalhadores de enfermagem.

Durante a gestão 1992-1995, inicia-se a reflexão sobre o papel dos gerentes e surge uma nova tentativa de democratização do modelo de Gestão do HU, por meio da implantação dos princípios de Qualidade Total. Esta surge devido a uma crescente deterioração dos serviços públicos e dificuldades na manutenção da qualidade da assistência. A enfermagem se engajou nessa perspectiva de mudança, iniciando o processo de implantação da Missão, Visão e Filosofia em cada Serviço. Porém, esse trabalho foi perdendo forças e não chegou a ser implantado.

A Diretoria de Enfermagem no período de 1996-2000 prossegue com a reflexão sobre o gerenciamento do trabalho na valorização do trabalhador de enfermagem e da assistência. Para isso, a DE buscou alternativas de mobilização e motivação da enfermagem, por meio de alguns programas, quais sejam: Cuidando de Quem Cuida, Projeto de Parceria com o Departamento de Enfermagem e o Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM).

Salienta-se que, ao término do programa VTM, alguns profissionais de enfermagem foram treinados e formaram uma equipe de facilitadores, denominada de Núcleo de Apoio Permanente (NAP). Essa equipe foi preparada para atuar com grupos vivenciais, dando prosseguimento ao programa, sendo constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, professores de enfermagem. Concomitantemente com o VTM, o CEPEn vem desenvolvendo novas formas de inclusão de pessoal de enfermagem recém-admitido na instituição – Programa de Treinamento Introdutório (POI), na perspectiva de construir um ambiente mais favorável para que possam desenvolver suas potencialidades.

Percebe-se que, apesar de todo o esforço feito pela DE/HU (1996-2000) de avançar nesta área, quando realizou o programa VTM buscando trabalhar os valores pré-concebidos dos indivíduos, sendo uma das ênfases na gerência (para que os enfermeiros percebessem o valor da função de ‘chefia’, buscando a valorização do sujeito trabalhador e da assistência), não houve as mudanças esperadas. Ainda hoje, “apesar de todas as evidências apontadas pela estrutura econômica-social, os enfermeiros ainda insistem em que seu trabalho deveria ser só assistência direta” (CAPELLA, 1998, p.114).

O desejo, muitas vezes, do enfermeiro em realizar somente a assistência

direta, acredita-se estar ligado à própria concepção de gerência. No dia-a-dia o enfermeiro gerencia a unidade de serviço sentindo-se um cumpridor de tarefas (preenchendo formulários, administrando o ambiente e outros profissionais) e essas consomem grande parte do seu tempo, muitas vezes sufocando, ao não permitir que possa responder as demandas assistenciais. Segundo Leite e Ferreira (1998) esse distanciamento da assistência direta, imposto pela demanda específica do cargo de gerente, é um fator que gera conflitos para alguns enfermeiros. Esses conflitos para Peduzzi e Hausmann (s/d) estão relacionados à heterogeneidade da prática de enfermagem, isto é, às múltiplas faces de sua dimensão gerencial, em que se observam conflitos entre três diferentes linhas de atuação: o gerenciamento do cuidado, a gerência da unidade e a coordenação do cuidado de saúde que é realizado pela equipe de saúde. Estas diferentes faces do processo de trabalho gerencial necessitam superar a polêmica da polivalência que leva o enfermeiro a fazer de tudo um pouco. Porém, frequentemente, de forma dispersa com isso, não oportunizando a esse profissional perceber o resultado do seu trabalho.

Corroborando com este pensar, Svaldi e Lunardi Filho (2000, p.30) constataam que o “enfermeiro realiza a mesma rotina de trabalho em decorrência da adoção do modelo científico e clássico de gerenciar”. A enfermagem por estar na linha de frente da assistência, acaba por identificar problemas dos diversos setores e da própria organização como no todo. Isto, segundo os autores, faz com que o enfermeiro tome para si a responsabilidade de pensar, organizar, executar e controlar muitas destas tarefas. Enfim, gerenciam tantos os problemas que afetam a sua área de competência, como muitos dos problemas afetos a outros membros da equipe multiprofissional e, segundo os autores, até mesmos, relativos a administração superior.

Na gestão 2000-2004, a DE deu continuidade a alguns programas da gestão anterior e iniciou a revisão e reestruturação da Política Assistencial, da Política de Recursos Humanos, da Política de Materiais e da Política Estrutural Diretiva e iniciou a Informatização da assistência. Para otimizar os trabalhos, a DE designou comissões temporárias compostas inicialmente pelas chefias de divisão e serviço. Todo o material construído foi enviado para discussão com os demais membros da enfermagem para que pudessem fazer sugestões. O trabalho final das comissões ainda não foi legitimado pelos trabalhadores de enfermagem, pois os mesmos ainda não foram concluídos, com exceção do Regimento Interno que foi aprovado em Assembléia geral em maio de 2004.

Atualmente, a Direção de Enfermagem em exercício, juntamente com o Diretor Geral vem implantando a Gestão Participativa. O trabalho de implantação começou por meio do planejamento estratégico participativo, construção da missão, que cada Serviço apresentou para sua Divisão que, encaminhou para a DE com vistas a elaborar o planejamento estratégico participativo geral da enfermagem. Este caminho não está sendo fácil, pois existem limitações em motivar as pessoas, devido a inexistência de uma cultura participativa. Aliado a esse fato, destaca-se a inexistência mais profunda de uma discussão sobre o que seria uma Gestão Participativa, a ausência completa de experiências com planejamento, o desinteresse pelo aprendizado gerencial e a estrutural organizacional, que apesar das mudanças sofridas, mantém-se extensa e hierarquizada.

Entende-se que a instituição moderna não pode ser constituída de 'chefes' e 'subordinados', com isso, os enfermeiros necessitam deter saberes além dos modelos científico e clássico de administrar. Os enfermeiros precisam fazer uso de tecnologias gerenciais mais modernas e pertinentes, que forneçam apoio aos trabalhadores e propiciem a instituição ser organizada como uma equipe de associados. Para isso, a instituição teria que definir sua cultura, missão claramente e coletivamente. Portanto, este estudo, voltado para o entendimento do significado de **participação**, a partir da perspectiva dos trabalhadores, possibilitou refletir, avaliar com os sujeitos trabalhadores de enfermagem como se dá a participação nos espaços formais de tomada de decisão, o que permitirá construir/repensar novas referências para os espaços de participação já existentes na DE.

5 REFERENCIAL TEÓRICO–METODOLÓGICO

A construção do referencial teórico-metodológico que guiará o desenvolvimento do estudo constitui-se na construção teórica, que sustenta as crenças no processo de organização do trabalho na enfermagem, refletindo a maneira de conceber os indicativos gerenciais da enfermagem. A elaboração desse referencial teórico-metodológico tem como base teórica os princípios da Participação, de acordo com seus estudiosos, Pressupostos e Conceitos. A base metodológica adotada é a corrente filosófica do Materialismo Histórico e Dialético.

Na seqüência, se apresenta alguns pressupostos que têm como finalidade orientar as crenças e valores que dirigem meus pensamentos postados em Capella (1998), bem como, traçar-se crenças e valores construídos e acumulados ao longo da vida profissional e pessoal.

5.1 PRESSUPOSTOS

- As relações de trabalho são estabelecidas a partir das condições materiais e humanas, bem como as atribuições e delimitações próprias a cada profissão, de modo que cada um tenta estabelecer um campo específico de ações. Como no processo de trabalho em saúde os limites, são de certa forma, imprecisos e muitas vezes se superpõem, acontece o conflito, importante num processo de reflexão conjunta (CAPELLA, 1998, p. 93);
- O processo de trabalho em saúde é coletivo, em que cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessária à reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar, para a democratização do pensar e do fazer, em que o planejamento e a execução sejam coletivos (CAPELLA, 1998, p. 92);
- A enfermagem pode, organizadamente, abrir caminhos consistentes na direção de sua participação efetiva na formulação de propostas e intervenção na prática institucional, na perspectiva de uma nova ordem hospitalar (CAPELLA, 1998, p. 93);
- Um processo de educação continuada, que através de reflexão coletiva, procure vislumbrar a construção de outras possibilidades para o trabalho da enfermagem, pela unificação teórica/prática, leva a uma reorientação de valores, formação de consciências e mudanças de atitudes (CAPELLA, 1998, p. 93);

- Novos modelos de gestão do trabalho são necessários para enfrentar os desafios atuais das organizações, e para tanto há que se desenvolver sua capacidade e habilidade para promover e enfrentar mudanças, levando-se em consideração a cultura organizacional;
- O ser humano é o que há de mais importante na organização e como tal deve ser visto, analisado e sentido. Valorizar o ser humano é investir, entre outros, na melhoria da qualidade de vida no trabalho;
- O ser humano sozinho não é provido de todo o conhecimento, porém, quando estabelece interação com os outros, unindo os interesses, por meio de processos participativos, abrange uma maior visibilidade da realidade, garantindo o crescimento e desenvolvimento das pessoas, tanto em nível pessoal, profissional, organizacional e social;
- O enfermeiro precisa aprender a confiar e delegar funções aos membros de sua equipe, que tendo autonomia para algumas decisões, pode agir mais, desenvolvendo a responsabilidade coletiva pela qualidade no processo e nos resultados do trabalho, colocando em prática o que teoricamente chamamos de trabalho em equipe.

5.2 O MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO

A corrente filosófica do Materialismo Histórico foi idealizada no século XVII por dois filósofos alemães, Marx e Engels. Nesta corrente é possível ver a concepção de mundo, que tem como princípio a organização social em sua totalidade, construída historicamente por meio das relações de trabalho.

Triviños (1987, p.51) define o materialismo histórico como sendo

[...] a ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade. O materialismo histórico significou uma mudança fundamental na interpretação dos fenômenos sociais que, até o nascimento do marxismo, se apoiava em concepções idealistas da sociedade humana.

Para Spirkin e Yájot (apud NOGUEIRA; GELBCKE, 2000, p.160) o materialismo histórico é, “a ciência filosófica que estuda a relação entre a consciência social, as leis mais gerais e as forças motrizes do desenvolvimento da sociedade humana; é a teoria geral e o método de conhecimento científico e de transformação da sociedade”.

O materialismo histórico ressalta a força das idéias, produzindo transformações importantes nos fundamentos materiais dos grupos sociais. Além disso, esclarece conceitos como: ser social, consciência social, meios de produção, forças produtivas, relações de produção, modos de produção, entre outros, fundamentais para compreensão de suas dimensões (TRIVIÑOS, 1987).

Ao falar-se do materialismo histórico, salienta-se que o materialismo se apresenta em uma unidade orgânica com a dialética. Segundo Triviños (1987), a aplicação do método dialético à interpretação da história e da sociedade denomina-se materialismo histórico. A dialética se refere à concepção científica da realidade, busca explicações lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento.

A dialética, segundo Konder (1981, p.07) era “na Grécia antiga, a arte do diálogo. Aos poucos, passou a ser a arte de, no diálogo, demonstrar uma tese por meio de uma argumentação capaz de definir e distinguir claramente os conceitos envolvidos na discussão”.

Spirkin e Yájot (apud NOGUEIRA; GELBCKE, 2000, p.14) definem modernamente a dialética como sendo, “a ciência das leis gerais do movimento e do desenvolvimento da natureza, da sociedade e do pensamento humano, a ciência da concatenação universal de todos os fenômenos existentes no mundo”.

O Materialismo Dialético segundo Triviños (1987, p.51)

[...] é a base filosófica do marxismo e como tal realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Por um lado, o materialismo dialético tem uma longa tradição na filosofia materialista e, por outro, que é também antiga concepção na evolução das idéias, numa interpretação dialética do mundo. Ambas as raízes do pensar humano se unem para constituir, no materialismo dialético, uma concepção científica da realidade, enriquecida com a prática social da humanidade.

O materialismo dialético refere-se ao método de abordagem deste real. Esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e

transformação. Busca apreender a prática empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos e classes sociais) e, realizar a crítica das ideologias, isto é, do imbricamento do sujeito e do objeto, histórico e comprometido com os interesses e a lutas sociais de seu tempo (GONÇALVES et al., 2003).

Modo de produção e produção social são os dois conceitos que fundamentam o materialismo dialético. Para Minayo (1998, p.67), o modo de produção “é um conceito abstrato formal que não existe na realidade, mas, pretende ser um modelo teórico de aproximação da realidade. A ele Marx associa o de Formação Social que se refere às dimensões dinâmicas das relações sociais concretas numa sociedade dada”.

Já a formação social é entendida como “a realidade que se forma processualmente na história, macro ou microssociológica. O estudo de uma formação social inclui tanto as mudanças e transformações como as permanências e suas formas estruturais” (GONÇALVES et al., 2003, p. 6). Com esse conceito pode-se analisar numa determinada sociedade, o desenvolvimento das formações produtivas e as relações sociais de produção; as classes sociais básicas de luta de classes; a divisão do trabalho; as formas de produção, a circulação e consumo de bens; as formas de consciência real e possível dos diferentes grupos sociais e por fim, o modo de vida que, para Marx está vinculado ao modo de produção (GONÇALVES et al., 2003).

5.3 OS PRINCÍPIOS DA PARTICIPAÇÃO

Dentro das linhas gerais da Administração, o princípio central da Gestão Participativa é a participação dos trabalhadores nas decisões da empresa que os afetarão (FERREIRA et al., 2002).

Para Bordenave (1994), são 10 os princípios da participação, porém, citar-se-á aqueles que se considera básico para orientar este estudo:

- A participação é uma necessidade humana e, por conseguinte, constitui um direito das pessoas;

- A participação justifica-se por si mesma, não por seus resultados;
- A participação é um processo de desenvolvimento da consciência crítica e de aquisição de poder;
- A participação é algo que se aprende e aperfeiçoa: ninguém nasce sabendo participar, mas, como se trata de uma necessidade natural, a habilidade de participar cresce rapidamente quando existem oportunidades de praticá-las;
- A participação pode ser provocada e organizada, sem que isto signifique necessariamente manipulação: em grupos sociais não acostumados a participar, pode ser necessário induzi-los à mesma, desde que exista um desejo de ajudar a iniciar um processo que vai continuar de maneira cada vez mais autônoma;
- Devem ser respeitadas as diferenças individuais na forma de participar;
- A participação pode resolver conflitos, mas também pode gerá-los;

5.4 OS CONCEITOS

Para a elaboração dos conceitos desse referencial foi necessário harmonizar o pensamento que se tem, com o pensar de autores que auxiliaram nesse processo, a saber: Capella (1998), Gelbcke (2002), Freire (1979, 1980, 1996), Bordenave (1994), Demo (2001), Marx (1983), e Ciampone (1991), bem como a contribuição de outros. Esses autores reconhecem o trabalhador como sujeito histórico, ativo e participante.

Como este estudo trata de um processo reflexivo, em que o centro é o trabalhador de enfermagem, entende-se ser necessário a definição de ser humano. Assim sendo, é em Capella e Gelbcke que se busca, neste estudo, conceituar o **SER HUMANO**¹⁷, como

[...] um ser natural que surge de uma natureza dada, submetendo-se às leis

¹⁷ Capella utiliza a designação “Homem”, baseada no conceito Marxista. Neste estudo adota-se o conceito, mas, pensa-se que este pode ser entendido como **Ser Humano**.

naturais e dependendo da natureza para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo, se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico (Capella, 1998, p. 96-97).

Gelbcke (2002, p. 43) conceitua ser humano como sendo um ser “único, histórico, social, trabalhador, tendo no trabalho uma forma de objetivação, sem perder a sua identidade e subjetividade”.

O ser humano é um ser em evolução e tem necessidade de pertencer a um determinado grupo social, seja a família, a escola, o trabalho e tantos outros. Para Capella (1998, p. 102), **SOCIEDADE**

[...] é a esfera existencial do homem e da qual faz parte, em conjunto com outros homens, construindo sua história, a partir de uma determinada estrutura que estabelece premissas, limites e condições materiais que, muitas vezes independem da sua vontade individual. [...] É a partir das condições materiais e do meio em que vive que o homem constrói a sua história, verifica os seus limites ou os ultrapassa, estabelece seus desejos e vontades.

Nesta sociedade se inserem as instituições, sendo que destaca-se, neste estudo, a **INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**, definida por Capella (1998, p. 102) como sendo

[...] um espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro homem – o sujeito hospitalizado. Portanto, a produção social não se dá em cima de algo material, o trabalho a ser desenvolvido envolve um outro homem, com tudo que o conceito de Ser Humano contempla.

É neste espaço social que o trabalhador de enfermagem tem a capacidade de representar o seu mundo e de atuar sobre ele. Portanto, de acordo com Marx (1983, p.149), **TRABALHO** é

[...] um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças [...] Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza.

Neste sentido, pode-se dizer que o trabalho é uma forma de expressão e afirmação do homem no mundo físico e social, criando condições para a realização

de seus projetos e metas e para a construção de sua sociedade. Assim, o trabalho é uma influência positiva na vida das pessoas, como fonte de satisfação e bem-estar, se for livremente escolhido. Nesta direção, Mendes e Cruz (2004) consideram que o trabalho pode ser fonte de prazer, dependendo das condições nas quais é realizado, da atitude em relação à tarefa e da compatibilidade entre exigências e capacidades do indivíduo.

No entanto, nem sempre é esse o caminho percorrido pelo trabalho. Com a sociedade capitalista, o trabalho tem se tornado uma necessidade, uma obrigação. O trabalhador, conforme sua aptidão, por vezes escolhe aquela profissão em que seja socialmente útil, não para ele, mas para o capital. O trabalhador, para conseguir ter um pouco de suas necessidades básicas atendidas, se vê obrigado a optar por um trabalho em que vende sua força de trabalho desenvolvendo, um papel por vezes sem sentido. Dessa forma, o trabalho não traz satisfação, pois o trabalhador busca apenas a sobrevivência. Na sociedade capitalista não há muito espaço para a criação e liberdade, o que torna desarmoniosa a relação homem-natureza.

Segundo Gelbcke (2002, p. 22 e 106)

[...] o homem passa a trabalhar somente para suprir suas necessidades de sobrevivência, o trabalho separa-se do trabalhador, embrutecendo-o e mortificando-o; ocorre o isolamento, com o trabalho, perdendo-se o sentido social de sua ação [...] Na enfermagem, a forma como o trabalho se encontra organizado não dá espaço para que o sujeito trabalhador reflita sobre o seu trabalho, suas alegrias, tristezas, prazer e mesmo o sofrimento, tampouco para sentir-se enquanto sujeito humano.

Campos (2000, p.44) afirma que, ressaltar a dimensão Sujeito implica democratizar o Poder. Para o autor, a democratização do Poder tem que ocorrer em todas as dimensões, isto é, “na política, na micropolítica, entre os saberes, entre sexos, entre fortes e fracos”.

Nesta direção, Rodrigues (1994) afirma que o trabalho é indesejado, justamente porque na atual sociedade, com muita frequência, ele se configura de uma forma totalmente fragmentada e sem sentido, burocratizada, cheia de normas e rotinas, ou então, cheio de exigências e conflitos com a vida social ou familiar.

No entanto, para a formação do meio em que se vive, ou melhor, que se trabalha, é imprescindível que se inclua, por meio de uma filosofia humanista, o ponto de vista do indivíduo como um todo. Os seres humanos precisam de condições, que não são só racionais, para expressar sua capacidade de trabalhar.

Eles precisam de um ambiente em que esteja presente o respeito mútuo e o humanismo¹⁸, e não somente a produtividade e eficiência.

Neste sentido, Sá (apud GELBCKE (2002, p. 127), afirma que

[...] há necessidade, hoje de se reconhecer à dimensão humana nos processos organizacionais, destacando que este trabalhador tem, na sua dimensão humana, desejos, afetos, pulsão, sonhos, fantasias, prazer e sofrimento [...] a organização do trabalho deve compreender espaços de manifestação integral da subjetividade, incluindo neste o poder de criação e de autonomia.

Neste contexto, busca-se em Gelbcke (2002, p. 26) conceituar **ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**, como sendo

[...] um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com seus pares e com a hierarquia e que ocorre numa determinada estrutura institucional. Sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macroeconômica, bem como organizacionais, como o modo de gestão empreendido pela instituição, que está, por sua vez, relacionado ao modo de produção vigente.

Pensa-se que a organização do trabalho de enfermagem deva ser estruturada de tal forma que possibilite entender o trabalhador em sua complexidade. Para isto, se faz necessário respeitar suas manifestações; permitir mudanças: *nas condições de trabalho* - onde o trabalhador possa realizar algo que tenha sentido, de praticar e de desenvolver suas competências; *no modelo de gestão* - onde os trabalhadores de enfermagem possam ser participantes desse processo com suas reflexões, (que sofre influências e inferência organizacional) criatividade, esperanças, julgamentos, desenvolvendo, assim, o sentimento de vinculação e que possa estabelecer um envolvimento maior nas suas relações sociais.

A força de trabalho na enfermagem é representada pelos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem e o escriturário, que realiza atividades administrativas de apoio à enfermagem. Neste estudo esta força de trabalho da enfermagem é exercida por **SUJEITOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM**, entendidos por Capella (1998, p. 104) como

¹⁸ AmatuZZi, em sua obra: O significado da psicologia humana, posicionamento filosóficos implícitos (1989) afirma que, o humanismo pode ser aplicado a qualquer filosofia que coloque o homem no centro de suas preocupações, em relação a um desprezo pelo que é essencialmente humano, como o trabalho, por exemplo.

[...] aquele indivíduo que em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da enfermagem, desenvolvendo seu trabalho em instituição hospitalar, prestando atendimento de enfermagem ao sujeito hospitalizado, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde.

Há que se ressaltar que, Capella vincula o trabalhador de enfermagem ao sujeito hospitalizado, porém entendemos o sujeito trabalhador de enfermagem como aquele que atua no cuidado de enfermagem a usuários dos serviços de saúde, hospitalizados ou em nível ambulatorial; ou no caso específico deste trabalho, os que atuam na organização do trabalho de enfermagem.

ENFERMAGEM, para Capella (1998, p.122) é

[...] a prática social cooperativa, institucionalizada, exercida por diferentes níveis de formação. Tem como atividade básica, em conjunto com os demais trabalhadores da área de saúde, atender ao ser humano, indivíduo que requer cuidado [...] Para isto, utiliza um conjunto de conhecimentos e habilidades específicos, construídos, organizados e reproduzidos em decorrência da divisão social e técnica do trabalho na área da saúde.

Assim, **EQUIPE DE ENFERMAGEM** fica entendida como sendo uma união de seres humanos, com diferentes níveis de formação em enfermagem, que interagem seus saberes, buscando através do trabalho coletivo cuidar e ensinar àqueles que buscam esta equipe.

Partindo-se destas definições, a equipe de enfermagem desenvolve seu trabalho em uma organização hospitalar, isso significa que o trabalho ocorre em um contexto cultural bem determinado. A cultura organizacional, segundo Motta (2002), é herdada da sociedade em que se insere a organização e é trazida para dentro por seus membros. Assim, na literatura, encontram-se várias definições de cultura organizacional, possibilitando verificar semelhanças e ênfases diferenciadas. Neste estudo, enfoca-se os conceitos que trazem a variável *poder*, que tem uma função legitimadora do *status quo* vigente, mascarando contradições e interesses que permeiam as relações de dominação.

Sob o ponto de vista de Schein (apud FERREIRA, 2004, p. 186), **CULTURA ORGANIZACIONAL**

[...] é o conjunto de pressupostos básicos eficazes, inventados, descobertos ou elaborados por um grupo, que resultam do aprendizado ao lidar com problemas de adaptação externa e/ou de integração interna. O caráter eficaz de tais pressupostos se constitui no modo principal por meio do qual se opera sua legitimação e sua transmissão aos novos membros do grupo, como modelo correto de perceber, pensar e sentir tais problemas.

Na definição elaborada por Fleury (1996, p. 22) Cultura Organizacional

[...] é um conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação.

Desta forma, notam-se expressões culturais permeando toda a organização e exercendo influência positiva ou negativa na organização do trabalho e conseqüentemente no trabalhador, pois ela determina o comportamento e desempenho do trabalhador, até os padrões de julgamento do que é bom e desejável para a organização e para as pessoas que a compõe. Segundo Tamayo (2004), essas expressões culturais são compostas pelos valores da organização, o poder organizacional, os jogos políticos, os ritos, os mitos, a justiça organizacional e os estilos de funcionamento organizacional.

Ferreira (2004, p. 187), ao analisar as diferentes conceituações ressalta que é na dimensão do uso ou de sua funcionalidade que se observa maior divergência teórica, “ou pela ausência nos conceitos ou pela explicitação do papel de controle e de instrumentalização que a cultura organizacional pode permitir na relação capital-trabalho”. Mais adiante, a autora coloca que

[...] essas representações imaginárias sociais de múltiplas formas, que são compartilhadas por intermédio de comunicações, forjando a identidade social dos participantes e atuando como ferramenta eficaz para lidar com problemas externos e internos, vão caracterizar a cultura do trabalho prescrito.

No seio desse enfoque, a Administração Científica do Trabalho enriquecida pelas formulações de Ford e Fayol, como abordagem de gestão do trabalho centrada não só na prática de concepção das tarefas, mas também, centrada na perspectiva da racionalidade burocrática, ainda é fortemente presente na cultura viva organizacional, salientando neste contexto a organização do trabalho da enfermagem. Nem mesmo a crise que se manifestou nos anos 70 no mundo do trabalho sepultou esse modelo tradicional.

Para mudar essa visão cultural, é preciso reinventar a organização que implica em contestação de valores, práticas e atividades; na reconstrução de sua gestão, baseada numa visão arrojada de futuro, inspirada em novidades totalmente

diversas da prática atual; e, na mobilização do ser humano para renovar o seu modo de pensar e de agir.

Considerando-se o exposto, este estudo procura buscar novas formas de reorganizar o trabalho de enfermagem e dar-lhe sentido. Entende-se que a melhor forma é por meio da democracia. Quando se fala na democracia como um modelo ideal de gestão, afirma-se que a **PARTICIPAÇÃO**

[...] é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata a realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo. Além disso, sua prática envolve a satisfação de outras necessidades não menos básicas, tais como a interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas, e, ainda, a valorização de si mesmo pelos outros (BORDENAVE, 1994, p. 16).

Para Demo (2001), participação é um instrumento de autopromoção, mas também é a própria autopromoção. É o caminho para alcançarmos certos objetivos. É uma metodologia, porque é o caminho fundamental de todas as políticas sociais. A participação é o controle do poder feito pela base.

Entende-se que participação é a forma como os indivíduos ocupam determinados aspectos do funcionamento da organização, se envolvem conjuntamente e ativamente por meio de um processo em que expressam seus saberes, sua consciência, seus problemas, suas idéias, intervindo assim na tomada de decisão por meio dos seus conhecimentos da realidade, de suas propostas e ações. Desta forma, participação é uma conquista do trabalhador.

Ingressar na dimensão participativa significa substituir os estilos gerenciais tradicionais - autoritário, impositivo, indiferente, paternalista – por cooperação mútua, liderança, autonomia e responsabilidade. **Informar, envolver, delegar, consultar e perguntar, em vez de mandar** — são as palavras-chaves da administração participativa no que diz respeito ao comportamento do enfermeiro, seja chefe ou não. Porém, também requer mudança do comportamento dos demais integrantes da equipe de enfermagem. **Tomar a iniciativa, agir, perguntar, questionar, participar, oferecer sugestões, em vez de esperar a decisão que vem de cima.** Sem disposição nos escalões operacionais para participar, não há administração participativa (MAXIMIANO, 1995).

O uso freqüente da palavra participação revela a aspiração de setores cada dia mais numerosos da população, pelo controle do próprio destino. A participação

não é somente uma necessidade fundamental do ser humano, como o são a comida, o sono e a saúde, mas, sobretudo, é necessária ao **PROCESSO DECISÓRIO** que fica entendido neste estudo como uma

[...] série de processos lógicos, psicológicos e de ações que incluem o momento da decisão. Envolve fenômenos tanto individuais como sociais baseados em premissas de fatos e valores, que inclui a escolha de um comportamento, dentre uma ou mais alternativas (CIAMPONE 1991, p.192).

O processo decisório contempla momentos diferenciados que, segundo Maximiano (1995), incluem a percepção do problema, a definição do problema, a coleta e análise dos dados, a redefinição do problema, a procura por soluções alternativas, a escolha ou decisão propriamente dita, a implementação e avaliação do processo e resultados.

Pereira e Fonseca (1997) alertam para que a palavra decisão não seja considerada como sinônimo de Administração Científica. Embora a decisão esteja presente em todas as fases do processo administrativo, ela não pode ser confundida com a administração em si. Segundo os autores, o conceito de decisão é muito mais amplo do que o de planejamento.

Maximiano (1995) coloca que envolver o trabalhador no processo decisório vai além da simples comunicação. Envolver significa consultar o trabalhador, individualmente ou em grupo, sobre a solução de problemas. O trabalhador passa a ajudar no processo de tomar decisões, mais do que simplesmente ser informado ou opinar. Segundo o autor, quanto mais o envolvimento avança, mais as pessoas participam da própria decisão, em vez de simplesmente fornecerem subsídios para que outros decidam.

A participação não pode ser igualitária e democrática quando a estrutura do poder concentra as decisões numa elite minoritária (BORDENAVE, 1994). Neste sentido, a participação no processo decisório se fundamenta em conteúdos da democracia que acentuam a cidadania organizada.

Neste sentido, **CIDADANIA** é entendida por Demo (2001, p. 70) como sendo “a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos”. Sendo assim, entende-se que cidadania, assim como participação, também é conquista.

A cidadania pode ser detalhada em direitos civil, político e social. Segundo

afirmam Benevides (2000) e Demo (2001), os direitos civis se referem à noção de dispor do próprio corpo conforme se queira. São considerados direitos sociais, a alimentação, habitação, saúde, salário decente entre outros, porque visam repor a força de trabalho e atende às necessidades humanas básicas. Os direitos políticos como liberdade religiosa, política, entre outras, são os que organizam a convivência entre as pessoas por representação direta – sindicatos, conselhos, escolas ou indireta – assembleias, eleições.

Pode-se dizer com isso que a cidadania fundamental brota do lado daquele que sabe tomar consciência das injustiças, descobre os direitos, vislumbra estratégias de reação e tenta mudar o rumo da história. Esse ser é chamado de **CIDADÃO** que, para Demo (2001), é o homem participante, que por sua vez é o sujeito trabalhador de enfermagem.

Contudo, para o sujeito trabalhador de enfermagem exercer sua cidadania no trabalho, precisa organizar-se. Segundo Demo (2001, p. 72), esse processo de organização fará com que o sujeito trabalhador aprenda as formas possíveis de realização participativa ou crie suas próprias [...] Salienta que de “um modo geral apresentam-se representantes que dificilmente o são de modo legítimo. Alguns o são pelo carisma da liderança, outros se insinuam ou se impõe”. Para o autor, é mais difícil encontrar o líder eleito, isto é, o que representa uma organização, um setor, uma categoria por delegação expressa e ordenada. Mais difícil ainda é encontrar uma organização que já elaborou a necessidade de instituir rodízio no poder, com vistas a evitar a perpetuação e o conseqüente desligamento do líder face às bases.

O exercício da cidadania dá trabalho, por esse motivo os que defendem o autoritarismo apregoam que as coisas andam melhor, porque se decide rápido. Nas instituições onde nunca se discutiram os problemas do dia-a-dia do trabalho, o início da participação será desordenada. A democracia é frágil, porém essencial numa organização que se preocupa com a humanização, por isso, instalar processos participativos exige habilidades técnicas e políticas na condução dos processos.

Então, tanto na participação tradicional, numa democracia representativa, como na participação em outras áreas da atuação cidadã, percebe-se a enorme necessidade de uma educação para a democracia, uma formação para a cidadania, ou seja, um movimento educacional no sentido político, que enfrente o problema do descrédito, do desinteresse, do egoísmo político, do desencanto com a própria idéia

de democracia (BENEVIDES, 2000).

Posto isto, Bordenave (1994, p. 63 a 75) afirma que a participação real, para concretizar-se e não ficar no plano simbólico, precisa de certas ferramentas operativas, isto é, de certos processos através dos quais, o grupo realiza sua ação transformadora sobre seu ambiente e sobre seus próprios membros:

- *O conhecimento da realidade*: como agir sobre uma realidade, para transformá-la sem conhecê-la? [...]. Tão importante como conhecer a realidade objetiva, é que a comunidade ou grupo se conheça a si mesmo, suas percepções, seus valores e crenças, seus temores e aspirações.
- *A organização*: a participação tende para a organização e que a organização facilita e canaliza a participação.
- *A comunicação*: Sem comunicação não pode existir a participação. A intervenção das pessoas na tomada de decisões requer pelo menos dois processos comunicativos: o de informação e o de diálogo (canais de consultas).
- *A educação para a participação*: como os demais processos sócio-humanos, a participação é suscetível de crescimento de tipo biológico. Ela pode ser aprendida e aperfeiçoada pela prática e a reflexão.

A capacitação para a participação não é simples. Não se aprende a participar com teorias em sala de aula e não se adquire destreza pelo simples treinamento, mas sim, adquirem-se habilidades na práxis¹⁹. O importante na participação é saber detectar tentativas de manipulação, sintomas de dirigismo e de paternalismo (BORDENAVE, 1994).

5.5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A meta da razão é a compreensão da realidade. Se, se está convicto de que, para alcançar esta meta, é imprescindível um instrumento ou mecanismo que garanta os resultados desejados, que auxilie a razão no seu procedimento natural, se irá, por consequência elaborar um método para conduzi-la (GILES, 1984).

Para Leopardi (1999) método em essência, é um modo planejado de chegar a algum lugar. Significa dizer que um método é o caminho escolhido para processar

¹⁹ Práxis é um processo que mistura a prática, a técnica, a invenção e a teoria, colocando-as ao serviço da luta pelos objetivos do povo (BORDANEVE, 1994, p.73).

um problema com o objetivo de resolvê-lo, seja no nível lógico, psicológico ou sociológico. Deste modo, se constitui em um conjunto de procedimentos para dar conta da resolução de problemas. É normativo, pois designa as regras ou fundamentos para a descrição e explicação de um fato; não são intocáveis, mas garantem mais facilmente a detecção de erros.

A metodologia possui concepções teóricas de abordagem. Isto é, um conjunto de técnicas que permite a construção da realidade e o despertar do potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 1998).

5.5.1 A pesquisa

A explicação dos significados da existência individual e coletiva tem sido dada pelas religiões e filosofias há tempos. A ciência é uma das formas de expressão desta busca incessante, e apesar de toda sua normatividade, é permeada de conflitos e contradições (MINAYO, 1998).

A ciência social tem sua pesquisa voltada para os seres humanos, dentro de uma relação entre sujeito e objeto. A abordagem qualitativa traz como resultado a compreensão do significado e da intenção do ato, buscando analisar a experiência dentro do contexto, incluindo, as relações sociais. A abordagem qualitativa envolve a complexidade e as diferenças vividas, buscando diferentes possibilidades (MINAYO, 1996). Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos e, exige que o pesquisador tenha flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los. O êxito do resultado depende da sensibilidade, intuição e experiência do pesquisador, conseqüentemente, não é possível formular regras precisas sobre as técnicas de pesquisa qualitativa porque cada entrevista ou observação é única: depende do tema, do pesquisador e de seus pesquisados (GOLDENBERG, 2000).

Neste estudo utilizou-se a pesquisa qualitativa, buscando-se por meio dessa, se entender a realidade dentro de um contexto de significados. Para que se possa dar conta da apreensão dessa totalidade, buscou-se no método de estudo de caso o

caminho para se aproximar do objeto de estudo, situado em uma unidade organizativa, “os sujeitos trabalhadores e a sua participação nos diversos espaços formais existentes na DE/HU/UFSC e as suas limitações e possibilidades”.

5.5.1.1 O método de estudo de caso

O estudo de um caso, sendo ele simples e específico, complexo ou abstrato, é sempre bem delimitado, é singular e tem um valor em si mesmo. O interesse incide naquilo que ele tem de único, particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações. O estudo de caso pode ser qualitativo, quando se desenvolve numa situação natural, sendo rico em dados descritivos, tendo um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Assim, se ressalta algumas características importantes, a saber: como o conhecimento está sempre em construção, visa à descoberta; busca compreender melhor o contexto em que está inserido, permitindo uma visão mais completa do objeto estudado; busca retratar a realidade estudada de maneira profunda e completa do objeto estudado; utiliza uma variedade de informações; revela experiência vicária e permite generalizações naturalísticas; objetiva representar as diferentes e, às vezes conflitantes opiniões presentes numa situação social e utiliza uma linguagem e uma forma mais acessível que outros métodos (LUDKE; ANDRÉ, 1986; YIN, 1987).

Segundo Yin (1987) para desenvolver um estudo de caso é necessário que o pesquisador cumpra cinco etapas de seu plano de ação, a saber:

1ª Etapa: A formulação das perguntas de pesquisa;

2ª Etapa: A abordagem teórica do problema: que vai permitir direcionar o estudo, facilitar a coleta de dados (o referencial teórico serve de guia) e possibilitar a generalização analítica. Esta etapa é derivada da primeira e o referencial teórico precisa esclarecer: o que será explorado, qual o seu propósito e qual critério será utilizado para determinar que a pesquisa foi bem sucedida;

3ª Etapa: Identificação das unidades de análise: devem ser feitas, a partir das exigências, à pergunta de pesquisa;

4ª Etapa: Estabelecimento de uma ligação lógica entre os dados e as

preposições: é necessário fazer um encadeamento do problema até as conclusões do estudo;

5ª Etapa: Formulação de critérios para interpretar os dados: usar uma técnica específica que permita analisá-los e interpretá-los da maneira mais apropriada.

Posto isso, ressalta-se que este estudo é único e singular, a realidade estudada pode ser vista sob diferentes perspectivas, dependendo do olhar do pesquisador, dos sujeitos envolvidos na pesquisa, das situações vivenciadas e da delimitação do estudo, permitindo que as descobertas feitas possuam um valor intrínseco. Percebe-se assim, que o mais relevante neste estudo, não foram as generalizações a que se chegou, mas sim a compreensão da participação nos espaços formais da DE/HU/UFSC estudados. Salienta-se que o conhecimento não é algo acabado, mas sim, uma construção e reconstrução que se faz constantemente. Sendo assim, a compreensão que esse estudo proporciona não é definitiva, mas abriu portas para emergirem novos estudos, que permitam desencadear novas idéias, novos significados ou ressignificados.

Para contemplar a segunda etapa do plano de ação que diz respeito à abordagem do problema, buscou-se no materialismo dialético a base metodológica, por se referir ao método de abordagem da realidade em que busca explicações, entre elas, ao fenômeno da sociedade e do pensamento. Uma das categorias básicas de análise da sociedade, no materialismo, é o modo de produção e o trabalho é o mediador das relações sociais. Sendo assim, o objeto de estudo está centrado na forma de como este é organizado e sua relação com a alienação do trabalho, envolvendo diretamente as relações sociais e o modo de produção. Isso posto, a escolha da abordagem dialética nos auxiliará na apreensão de como os sujeitos trabalhadores integrantes da equipe de enfermagem vivenciam a participação a partir dos espaços formais existentes na DE/HU/UFSC e que possibilidades são consideradas para propiciar uma efetiva participação.

5.5.1.2 Abordagem Dialética

A dialética não é um método abstrato, distante da realidade, mas sim, eminentemente prático, pois é na práxis, ou seja,

[...] no conjunto das atividades humanas tendentes a criar as condições indispensáveis à existência da sociedade e, particularmente, à atividade

material, à produção que o homem deve demonstrar a verdade, isto é, a eficácia e o poder. Trata-se de transformar o mundo e não de simplesmente limitar-se a interpretá-lo (GILES, 1984, p. 22).

Salienta-se que Marx considera a dialética crítica e revolucionária, “possibilitando perceber que a realidade é complexa e que não pode ser compreendida, por exemplo, a partir das abstrações dos economistas clássicos²⁰, que cedem à aparência de oposição entre o consumo e a produção, mas na realidade eles são indissociáveis” (GONÇALVES et al., 2003, p.04).

Contudo, a dialética não é vista somente como uma teoria científica, mas também, como um método do conhecimento e como um guia para a ação. Segundo Kuucinen (s/d, p.56)

[...] o conhecimento das leis gerais do desenvolvimento dá a possibilidade de entender o passado, compreender acertadamente os processos em curso e prever o futuro. O método dialético representa, por isso, um modo de enfocar a investigação e a ação prática baseada nos resultados desta investigação.

O termo “materialismo” aplicado ao método proposto por Marx, quer indicar que ele se encontra vinculado a uma corrente filosófica (REZENDE, 2001). Para Triviños (1987, p.52) a concepção materialista apresenta três características importantes e que estas também são próprias do materialismo dialético, a saber:

- Materialidade do mundo: todos os fenômenos, objetos e processos que se realizam na realidade são materiais; são aspectos diferentes da matéria em movimento;
- A matéria é anterior à consciência: a consciência é um reflexo da matéria, que esta existe objetivamente, que se constitui numa realidade objetiva;
- O mundo é conhecível: a possibilidade que o homem tem de conhecer a realidade é um processo que se desenvolve gradualmente.

Do processo de desenvolvimento histórico do conhecimento e da prática social, se formaram as Leis e as Categorias do Materialismo Dialético. Essas, por sua vez, apresentam um valor essencial. As leis do materialismo dialético são: da passagem da quantidade à qualidade; da interpretação dos contrários e da negação

²⁰ Os economistas clássicos definiram como objeto de tudo a produção, a distribuição e o consumo das riquezas produzidas em nível nacional e, nesse estudo utilizaram categorias como: valor, propriedade, trabalho, população, nação. Marx achava que os economistas concebiam estas categorias como abstrações constituindo “verdades eternas” e por isso, não percebiam que a produção de uma categoria se dá a partir do real, do concreto que é a produção social da vida. Sendo construídas a partir de uma sociedade historicamente determinada, a sociedade capitalista, cujas características definem um determinado modo de produção (GONÇALVES et al, 2003).

da negação. As categorias “são formas de conscientização dos conceitos dos modos universais da relação do homem com o mundo, que refletem as propriedades e leis mais gerais e essências da natureza, da sociedade e do pensamento” (TRIVIÑOS, 1987, p. 54).

Como forma de aproximação e interpretação do objeto de estudo, serão utilizados categorias do materialismo dialético, bem como, a análise de conteúdo, que pode ser um dos caminhos na condução metodológica interpretativa desta proposta de estudo, aliada à perspectiva materialista dialética.

Alguns aspectos devem ser contemplados quando se utiliza o método dialético para compreensão do objeto. Segundo Gonçalves et al (2003, p.12) são eles:

- Detalhada apropriação do objeto que se quer investigar, incluindo-se os detalhes, as situações concretas, históricas, tudo que se refere à compreensão fenomênica do objeto de estudo. Desta forma, se resgata o fenômeno em suas relações, que são contraditórias e determina o movimento do real.
- Análise da gênese e do desenvolvimento do objeto em sua trajetória histórica e factual. Significa esta afirmação que, os fatos precisam ser desmascarados, desvelados em sua essência, ultrapassando o plano da aparência, serem colocados em uma relação passado-presente, presente-passado, o aqui e o agora, o antes e o aqui há pouco.
- Busca das conexões internas, isto é, os nexos que explicam os fenômenos. Ressalta-se a importância de ao proceder a investigação não se perde a visão do todo e refletir sob o singular e o particular, sempre tendo em vista o geral e o todo. Não se pode isolar o objeto estudado nele mesmo, devendo se levar em conta que este está em constante relação com o todo, que é a sociedade maior, que a determina e que por sua vez é por ela determinado.

Sendo assim, entre as categorias do materialismo histórico dialético, destaca-se as que darão, inicialmente sustentação à análise deste estudo, quais sejam: consciência e alienação, essência e aparência.

Ao surgir o ser humano surge a **consciência**. A consciência é um tipo de reflexo, sendo assim, a propriedade da consciência é de refletir a realidade objetiva. Triviños (1987) afirma que é no refletir a realidade que surgem imagens, isto é, reflexões adequadas, verdadeiras, da realidade objetiva. Essas imagens são: sensações, percepções, representações, conceitos e juízos. Para o autor, a capacidade de reflexão da consciência depende não só das características da realidade material que deve ser refletida, mas também das condições próprias,

peculiares, inerentes à consciência mesma. O trabalho e a linguagem estão intimamente ligados ao desenvolvimento da consciência, de refletir a realidade objetiva.

No pensamento de Marx, a consciência humana é sempre social e histórica, isto é, determinada pelas condições concretas de nossa existência (CHAUI, 2000). Para Marx, o que existe é a base econômica, as relações materiais e de produção; tudo que existe além é decorrente destas relações, inclusive a política, o direito, a moral, a religião, o Estado..., que são superestruturas ideológicas.

Segundo Golfe (1999), os homens produzem sua existência, entram em relações sociais independentes de sua vontade; o conjunto dessas relações forma a estrutura econômica da sociedade; sobre esta se ergue uma estrutura jurídica e política a qual correspondem formas de consciência social. Conforme muda a base econômica, muda também a superestrutura ideológica. Segundo Chauí (2000) a ideologia é um fenômeno histórico-social decorrente do modo de produção econômico. À medida que, numa formação social, uma forma determinada da divisão social se estabiliza, se fixa e se repete, cada indivíduo passa a ter uma atividade determinada e exclusiva, que lhe é atribuída pelo conjunto das relações sociais, pelo estágio das forças produtivas e pela forma da propriedade. Cada um, por causa da fixidez e da repetição de seu lugar e de sua atividade, tende a considerá-los naturais.

A alienação é a situação resultante dos fatores materiais dominantes da sociedade e, por ele caracterizados, sobretudo no setor capitalista, em que o trabalho do homem se processa de modo a produzir coisas que imediatamente são separadas dos interesses e do alcance de quem as produziu, para se transformarem indistintamente em mercadorias (MARX, 1980). Para autores, como: Braverman (1981), Pires (1989), Gelbcke (2002), entre outros, a primeira causa da alienação se encontra na divisão social do trabalho, na apropriação privada das fontes de produção e no aparecimento das classes sociais. As condições criadas pela divisão do trabalho e pela propriedade privada modificaram o sentido e o significado do trabalho, na medida em que o trabalhador foi destituído do domínio sobre o produto e sobre o processo de trabalho, o trabalhador converte-se em mercadoria e vai oferecer sua força de trabalho no mercado. Por isso, em lugar de realizar-se no seu trabalho, o trabalhador se aliena nele; em lugar de reconhecer-se em suas próprias criações, o trabalhador se sente ameaçado por elas; em lugar de libertar-se, acaba

enrolado em novas opressões. No trabalho, o homem deveria trabalhar e trabalhar a si mesmo, aperfeiçoando suas capacidades e habilidades, assim, trabalhar sua própria natureza.

Para Chauí (2000), a ideologia oferece a uma sociedade dividida em classes sociais antagônicas, e que vivem na forma da luta de classes, uma imagem que permita a unificação e a identidade social – uma língua, uma religião, uma raça, uma nação, uma pátria, um Estado, uma humanidade, mesmos costumes. Assim, segundo a autora, a função primordial da ideologia é *ocultar a origem da sociedade* (relações de produção como relações entre meios de produção e forças produtivas sob a divisão social do trabalho), *dissimular* a presença da luta de classes (domínio e exploração dos não-proprietários pelos proprietários privados dos meios de produção), *negar* as desigualdades sociais (são imaginadas como se fossem consequência de talentos diferentes, da preguiça ou da disciplina laboriosa) e *oferecer* a imagem ilusória da comunidade (o Estado) originada do contrato social entre homens livres e iguais. A ideologia, para a autora, é a lógica da dominação social política.

Ao refletir-se a organização do trabalho da enfermagem da DE/HU/UFSC, faz-se necessário entender que a mesma ainda sofre forte influência dos modos de produção capitalista e dos princípios da gerência científica, que há uma divisão de trabalho entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, gerando, muitas vezes, lutas, algumas veladas, outras aparentes.

Posto isso, no aspecto ligado à participação, faz-se necessário compreender se os espaços participativos existentes estão promovendo a desalienação, ou mantendo-os alienados do seu objeto, isto é, se está havendo envolvimento dos trabalhadores, restaurando assim seu referencial cultural perdido, bem como, se está havendo engajamento nas situações imediatas de trabalho. Por outro lado, necessita-se compreender a intenção desses espaços, isto é, para que estão servindo, se para ocultar o controle sobre as classes sociais ou se para acabar com essa forma de divisão do trabalho.

As idéias historicamente determinadas têm a peculiaridade de nascer a partir de nossa experiência social direta. A marca da experiência social é oferecer-se como uma explicação da **aparência** das coisas como se esta fosse a **essência** das próprias coisas. As aparências ou, o parecer social à consciência, são aparências

justamente porque oferecem o mundo de cabeça para baixo, assim, o que é causa parece ser efeito, o que é efeito parece ser causa. Isso não se dá apenas no plano da consciência individual, mas, sobretudo, no da consciência social, isto é, no conjunto de idéias e explicações que uma sociedade oferece sobre si mesma (CHAUI, 2000).

Segundo Gelbcke (2002) os objetos, fenômenos e processos possuem dois aspectos: um interior - oculto e um exterior, passível de ser apreendido pela percepção. Portanto, a ciência e a prática devem extrapolar a percepção e descrição dos fenômenos, fatos e acontecimentos singulares, para isso, necessitam descobrir as leis essenciais, estáveis, dos fenômenos, de forma que possa ser instituídas sua dependência causal e sua concatenação, para assim ir à sua essência.

Spirkin e Yálot (apud GELBCKE, 2002, p. 46) definem a essência como “a expressão da concatenação interna do mundo objetivo, e a base da diversidade dos fenômenos”.

É importante salientar-se que, antes de apreender a essência, necessita-se apreender a aparência, isto é, seus aspectos externos, visto que, a heterogeneidade de aparências pode dissimular uma essência, uma conexão interna de diferentes características que envolvem um determinado fenômeno. Sendo assim, a essência e a aparência retratam aspectos diferentes de uma singular realidade. A essência retrata seus aspectos ocultos fundamentais, enquanto a aparência retrata os aspectos exteriores (GELBCKE, 2002).

A partir da década de 70, o materialismo histórico e dialético, tem sido aplicado no setor saúde determinando uma mudança qualitativa, na medida em que transfere a ênfase dos corpos biológicos para os corpos sociais. Na Enfermagem é utilizado mais presente em pesquisas relacionadas à educação e ao processo em enfermagem, sendo que o primeiro estudo sob esse enfoque surgiu com Germano (1984) após com, Almeida e Rocha (1986), Melo (1986), Silva (1986) e Pires (1989).

O método dialético parece ser um dos mais escolhidos quando se trabalha com temáticas macrossociais e nas que investigam mudanças políticas, organização e administração do setor. Porém, são reduzidos os trabalhos que utilizam o método dialético para, a partir dos sujeitos sociais e de suas representações, realizarem avaliações e o questionamento do sistema, dos serviços e das práticas que ocorrem

nestes serviços (MINAYO, 1998).

Enfim, para o marxismo, o sujeito é histórico, produto de suas relações com a natureza, com os outros homens e com as instituições sociais criadas por cada sociedade específica. Por esta razão estudar espaços participativos é complexo, devido à subjetividade dos Sujeitos, isto é, as ideologias, as representações e valores distinguem-se conforme a combinação destes elementos. Há sujeitos que reinventam instituições, quando se rebelam contra sua condição individual ou social, mas há também, dominação, opressão e submissão. Há diferenças profundas entre o comportamento de pessoas submetidas a contextos sociais, econômicos, ideológicos e históricos semelhantes.

Esse referencial permitiu a percepção do movimento de interesses contraditórios, bem como a visão de totalidade e o papel das partes na sua construção. Sendo o objeto de estudo centrado num processo de trabalho, ele envolve diretamente as relações sociais e as forças produtivas. Portanto, este referencial possibilitou a apreensão de que a realidade específica dos trabalhadores de enfermagem do HU/UFSC é parte da organização na qual está inserida, tem uma historicidade institucional, bem como é parte no cenário político-social do país, inserido na realidade internacional.

5.5.2 O cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, na Diretoria de Enfermagem (HU/UFSC), onde trabalha-se desde 1990.

Possui cerca de 268 leitos nas áreas de Clínica Médica, Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Terapia Intensiva, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Possui ainda um Serviço de Emergência Adulto e Infantil, Ambulatório especializado, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização.

O Hospital Universitário desempenha importante papel no atendimento às necessidades de saúde da população catarinense. Atualmente possui em seu quadro permanente 532 trabalhadores de enfermagem, lotados na Diretoria de Enfermagem (DE). Os trabalhadores lotados nesta diretoria são: 132 enfermeiros, 225 técnicos e 175 auxiliares de enfermagem/auxiliares de saúde (profissionalizados) e escriturários.

5.5.2.1 Definindo os sujeitos

A proposta de estudo se fundamentou na apreensão da percepção dos sujeitos trabalhadores de enfermagem acerca do processo participativo, com vistas a verificar se esses processos propiciam aos trabalhadores se perceberem como sujeitos históricos, capazes de assumirem compromissos e responsabilidades.

Para definição dos sujeitos envolvidos neste estudo, optou-se por buscá-los em dois momentos distintos, a saber:

- a) Sujeitos trabalhadores de enfermagem, dos diversos níveis profissionais que participam como membros efetivos ou na suplência de espaços participativos formais existentes na DE/HU/UFSC, conforme quadro a seguir.

QUADRO 01 - Distribuição dos sujeitos trabalhadores de enfermagem representantes dos diversos níveis profissionais nos espaços formais da DE/HU/UFSC.

Espaços Formais Representantes	CEPEn	CEEn	Colegiado de Chefia
Nível Superior	- 1 Enfermeiro;	- 1 Enfermeiro;	- 1 Enfermeiro
Nível Médio	- 1 Técnico de Enf.	- 1 Auxiliar de Enf.	

- b) Sujeitos trabalhadores de enfermagem dos diversos níveis profissionais, lotados na DE que participam indiretamente dos espaços participativos formais, por meio da representação, conforme quadro a seguir.

QUADRO 02 - Distribuição dos sujeitos trabalhadores que participam indiretamente dos espaços formais da DE/HU/UFSC.

Divisões de Enfermagem	Serviços de Enfermagem	Níveis Profissional de Enfermagem	Tempo de Instituição e Vínculo
DEEA	- Unidade Ambulatorial	- 2 Enfermeiros; - 1 Técnico de Enf.	- > 10 anos; quadro efetivo. - 2 anos; quadro efetivo.
	- Unidade de Emergência Adulto	- 1 Enfermeiro; - 2 Técnicos de Enf.	
DEC	- Unidade Cirúrgica II	- 1 Enfermeiro; - 1 Técnico;	- < 2 anos; efetivo - < 2 anos; efetivo.
	- Centro de Esterilização	- 1 Enfermeiro; - 1 Atendente;	- > 10 anos; quadro efetivo.
DEM	- Unidade de Clínica Médica	- 1 Técnico de Enf.	- > 10 anos; quadro efetivo.

Para a escolha de todos os sujeitos trabalhadores de enfermagem participantes deste estudo, se respeitou os aspectos relacionados ao tempo de casa, no que diz respeito ao vínculo institucional. No momento da pesquisa, não havia trabalhadores da enfermagem contratados via FAPEU. Acredita-se que foi de suma importância mesclar a participação desses sujeitos entre os considerados ‘velhos’ e ‘novos’ na instituição, pois, proporcionaram em alguns momentos, diferentes percepções dos processos participativos.

Como a estrutura organizativa da DE/HU/UFSC é composta por quatro Divisões e subordinadas a essas, várias Unidades de Serviços originando um grande número de profissionais de enfermagem, optou-se primeiramente por sortear duas Divisões, ficando assim definidas: DEEA e DEC. Partindo dessa seleção, fez-se a escolha de duas Unidades de Serviço por Divisão, também por sorteio, ficando assim definidas: Ambulatório, Emergência Adulto, Unidade Cirúrgica II e Centro de Esterilização. Com as unidades de serviços definidas, foi procedida à escolha por sorteio de dois (02) sujeitos trabalhadores de enfermagem, sendo um de nível superior (enfermeiro) e um do nível médio (técnico ou auxiliar e/ou auxiliar de saúde)

de cada unidade de serviço, por meio da escala de trabalho, conforme mostrado no quadro 02. Acredita-se que, com essa forma de escolha dos sujeitos da pesquisa se respeitou os princípios metodológicos.

Na definição dos representantes dos espaços formais, se seguiu alguns passos: no **primeiro momento** considerando as Comissões Permanentes no que diz respeito a sua composição, escolheu-se a CEPEn e a CEEEn, por possuírem representantes de todos os níveis profissionais de enfermagem, sendo que para definir-se os mesmos, quando na existência de mais de um membro do mesmo nível, efetuou-se sorteio; no **segundo momento**, para se definir o representante do Colegiado de Chefia, optou-se por realizar sorteio entre as mesmas, ficando definido como sujeito da pesquisa a Chefia lotada em uma das Unidades de Clínica Médica vinculada a DEM. A forma escolhida para definir o representante do Colegiado, oportunizou a participação de uma outra Divisão de Enfermagem não contemplada anteriormente, sendo assim, resolveu-se escolher um representante do nível médio da referida unidade de serviço para uma ampliação da coleta de dados, conforme mostrado no quadro 01.

Ressalta-se que, para validar o instrumento de pesquisa, foram escolhidos dois (02) sujeitos trabalhadores - um enfermeiro e um técnico de enfermagem. A escolha desses profissionais realizou-se por sorteio entre todos os sujeitos trabalhadores lotados nas unidades de Serviços previamente definidas, sendo contemplados o Ambulatório e a Emergência Adulto. Posteriormente, devido à riqueza dos dados coletados na validação, se resolveu utilizá-los também na análise dos dados.

Todos os sujeitos trabalhadores de enfermagem foram convidados a participar por meio de contato pessoal. Chegava-se ao local de serviço e se fazia o convite por meio de carta (Apêndice C) que apresentava o propósito do estudo. Quando os escolhidos não estavam, retornava-se em um outro momento para fazer o convite, sendo que algumas vezes, foi necessário um contato prévio por telefone, visto que, muitos dos sujeitos faziam trocas de plantão e estas não eram contempladas nas escalas oficiais. De todos os convites realizados, nenhum dos sujeitos recusou-se em participar do estudo. Realizou-se 16 entrevistas sendo que, para se determinar o número de participantes foi utilizado o critério de saturação dos dados, utilizado nos estudos de natureza qualitativa, ou seja, a partir do momento em que as informações começaram a se repetir, considerou-se a amostra validada.

5.5.3 Desenhando a pesquisa

No estudo de caso os dados podem ser obtidos de fonte secundária e de fonte primária. A secundária é obtida por meio de dados que já foram documentados, como no caso das atas, regimentos, entre outros. Na fonte primária os dados são obtidos diretamente junto aos atores sociais, por meio de entrevistas e/ou observação. Uma fonte complementa a outra, pois as informações dos indivíduos revelam a real natureza dos documentos e, por sua vez, esses comprovam as reais atitudes tomadas pelos indivíduos (MENDONÇA, 1998).

No presente estudo utilizou-se para a **apreensão dos dados** duas formas de coleta de dados: *análise documental*, que permitiu uma primeira aproximação à realidade estudada, oportunizando o levantamento de aspectos referentes à sua organização, para, com base nestes, coletar os dados junto aos sujeitos trabalhadores de enfermagem, por meio de *entrevistas com instrumentos semi-estruturados* (Apêndice B). Durante as entrevistas a interação fluiu naturalmente, pois, por se exercer funções na referida instituição, conhecia-se a maior parte dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas no período de agosto a outubro de 2005 e tiveram um tempo médio de uma hora, levando à de menor tempo mais ou menos 45 minutos e a de maior tempo mais ou menos uma hora e 45 minutos.

Segundo Minayo (1998, p. 57) a “entrevista visa apreender o ponto de vista dos atores sociais envolvidos numa determinada situação que se quer conhecer”. Ludke e André (1986, p. 33-34) colocam-na como uma forma de interação social, que se dá por meio do diálogo entre duas ou mais pessoas em que, uma delas coleta dados de uma determinada situação e a outra se apresenta como fonte de informação. Salienta, ainda, que “na entrevista a relação estabelecida é de interação, pressupondo que quanto maior a interação entre quem pergunta e quem responde, tanto mais facilmente pode fluir a informação mais autêntica”.

Salienta-se que houve bastante cooperação das Chefias e Enfermeiros coordenadores de turnos das Unidades de Serviços, quanto à liberação dos entrevistados para participarem do estudo. As entrevistas aconteceram de acordo com a disponibilidade dos participantes, com agendamento de dia e hora, sendo na

sua maioria realizada durante o horário de serviço dos participantes. Informa-se que apenas dois participantes optaram por realizá-la fora do seu horário de serviço, sendo um por estar de férias e o outro por perceber que sua unidade de serviço não possibilitaria condições para a mesma, devido à demanda de atendimento. Na ocasião da entrevista com os sujeitos trabalhadores, apresentou-se termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) e solicitada autorização para utilização de gravador durante todo o processo. Houve algumas entrevistas que, apesar de terem sido marcadas por eles, não puderam ser realizadas no dia em função da sobrecarga de trabalho ou devido a trocas de plantão, atestados médicos, sendo remarcadas.

As entrevistas foram gravadas por meio de gravador de voz (com permissão por escrito do entrevistado), para se obter as informações na íntegra, transcreveu-se, e após, devolvidas aos entrevistados para avaliação e validação. O processo de transcrição realizou-se logo após as entrevistas, com o intuito de aprimorar possíveis erros ou falhas na condução da entrevista, como também, para evitar acúmulo de informações. Os entrevistados escolheram livremente seus codinomes, sendo que não se determinou nenhuma categoria, ficando a escolha aleatória, para garantir o sigilo das informações e o anonimato.

Os dados coletados gravados, e para resguardar-se o sigilo, armazenou-se em arquivo de computador com acesso somente por senha exclusiva, e em CD.

Os dados oriundos das entrevistas e dos documentos da DE foram sistematizados e analisados visando à obtenção das informações a respeito da realidade estudada. Existem várias estratégias para a análise dos dados. Este estudo utilizou a **análise de conteúdo** com base em Bardin (1979) que versa de um método de tratamento dos dados obtidos em textos ou gravações reduzidas a textos, como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, buscando compreender os conteúdos manifestos e ocultos, podendo organizar os dados em palavras significativas ou em categorias (BECK; GONZÁLES; LEOPARDI, 2002). A análise de conteúdo, independentemente do tipo de abordagem, sempre irá referir-se a discursos emitidos para assinalar opiniões e percepções sobre a vida cotidiana, pública ou privada.

Existem várias técnicas de análise de conteúdo, sendo uma delas a análise categorial, que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, de maneira a classificar os diferentes elementos em categorias, segundo

reagrupamentos analógicos. Dentre as diversas possibilidades de categorizar os discursos diretos e simples, está a análise temática, a qual não é referida por Bardin (BECK; GONZÁLES; LEOPARDI 2002).

Segundo Minayo (1998, p. 209) fazer uma análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Na pesquisa qualitativa a

[...] análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 1998, p. 209).

Neste estudo, utilizou-se a análise de conteúdo, tendo a análise temática como técnica para a categorização dos dados. Essa escolha foi possível, porque as entrevistas forneceram um discurso direto, simples, proporcionando um relato das experiências vividas por estes trabalhadores, no que diz respeito à sua participação na gestão do processo de trabalho, propiciou também a problematização dessa realidade e a indicação de caminhos para uma efetiva participação. As unidades de registros (falas) foram agrupadas conforme semelhança, constituindo as categorias temáticas, depois as subcategorias e, por fim as categorias finais.

Algumas etapas devem ser observadas para uma efetiva operacionalização da análise temática, segundo orientações de Minayo (1998), a saber:

a) **Pré-análise**: consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e, na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Pode ser composta em: **leitura flutuante exaustiva** do conteúdo do material, assim, as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar à sensação de caos inicial. Em seguida, **constitui-se o corpus**, isto é, organiza-se o material de forma que possa responder a algumas normas de validade: contempla todos os aspectos levantados no roteiro (exaustividade); contem a representação do universo pretendido (representatividade); obedece a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores (homogeneidade); os documentos analisados devem ser adequados

aos objetivos do trabalho (pertinência). Por último, como a realidade não é evidente, há necessidade de se estabelecer **hipóteses iniciais e objetivos**: responde a questões que teoricamente lhe são colocadas. Porém, essas hipóteses iniciais têm que ser flexíveis e devem permitir hipóteses emergentes a partir de procedimentos exploratórios. Nesta fase, determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

b) **Exploração do Material**: consiste na operação de codificação que se realiza na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. A análise temática trabalha essa fase realizando primeiramente um recorte do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento, tal como foi estabelecido na pré-análise. Depois ela realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

c) **Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação**: na análise temática qualitativa há variantes na abordagem, por isso, o tratamento dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas. As tarefas que devem ser observadas em cada entrevista, segue a técnica utilizada pela análise da enunciação que reúne numa mesma tarefa interpretativa, os temas como unidades de fala, com o objetivo de conseguir através do confronto entre as tarefas abaixo, a compreensão do significado, sendo que, a conexão entre os temas abordados e seu processo evidenciarão os conflitos e contradições que permeiam e estruturam o discurso, a saber:

1. **Análise lógica** – alinhamento e dinâmica do discurso para se encontrar a lógica que estruturam cada peça, observando as relações que ressaltam a forma de raciocínio; após realiza-se uma análise seqüencial, que se preocupa com a maneira de construção do texto, pondo em evidência o ritmo, a progressão e a ruptura do discurso;
2. **O Estilo** – é um revelador do locutor, de seu contexto e de seus interlocutores, no sentido de que a expressão e o pensamento caminham lado a lado;
3. **Os elementos atípicos e as figuras de retórica** – torna-se fundamental observar as: a) **repetições** de um mesmo tema, palavra, indicando a importância do termo; b) **lapsos** podem significar a insistência não dominável de uma idéia recusada; c) **ilogismo** (emperramento do raciocínio) costuma ser indicativo de uma necessidade de justificação ou de um juízo em contradição com a situação real; d) **lugares comuns** têm papel

justificador, podem apelar para a cumplicidade do interlocutor (frases feitas, provérbios), têm a função também de desviar a atenção do entrevistador e indicar a recusa de aprofundar determinados assuntos; e) **jogos de palavras** indicam descontração, mas também a tentativa de distanciamento de uma questão; f) **figuras de retórica** jogam com o sentido das palavras, as mais comuns são: o paradoxo, a hipérbole, a metonímia e a metáfora (**grifo nosso apenas para destaque**) (MINAYO, 1998, p. 207, 208).

No processo percorrido teve-se como ponto de partida uma leitura minuciosa de cada entrevista. Os dados coletados e ou informações obtidas foram lidos e relidos várias vezes, buscando-se entender e se familiarizar com as frases expressas pelos entrevistados. O processo de codificação seguiu o seguinte raciocínio: se separou as unidades de registro de cada entrevista por semelhança de conteúdo usando os seguintes codinomes que foram escolhidos livremente pelos entrevistados: *Avai, Bolinha, Pupi, Sol, Daniel, Marina, Rosa, Margarida, Esperança, Fofa, Luz, Lua, Borboleta, Girassol, Joanhina e Beija-flôr*; acompanhado desse codinome vem duas letras *NM* (nível médio) e *NS* (nível superior), referindo-se ao nível profissional de cada entrevistado.

5.5.4 Aspectos éticos

Para se desenvolver este estudo, encaminhou-se à instituição em que foi realizado o estudo, a solicitação para se obter autorização para coleta dos dados, sendo o projeto encaminhado à respectiva Direção de Enfermagem (Apêndice A). Depois de recebida a autorização, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sendo concedida à aprovação em junho de 2005 (Anexo 04). O estudo foi desenvolvido, considerando-se os preceitos da ética em pesquisa.

Procurando-se, no desenvolvimento desse estudo contribuições para que os diversos sujeitos trabalhadores de enfermagem possam se desenvolver como pessoas e cidadãos, tendo assim, uma prática profissional participativa, construtora de uma história, reitera-se que, se elaborou uma carta-convite que foi entregue aos trabalhadores de enfermagem que preencheram os critérios estabelecidos

(Apêndice C). Aos trabalhadores que aceitaram participar do estudo, foi entregue o protocolo de consentimento livre e esclarecido, com base na Resolução nº. 196/96 (III. 2 - p.05 e IV. 1 - p.09), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, de forma a garantir, a cada um deles, as condições de sigilo e anonimato, bem como o direito de desistir a qualquer momento o que, no entanto, não ocorreu (Apêndice D). A relação existente entre os participantes foi de caráter profissional.

Entende-se que o papel fundamental dos sujeitos trabalhadores de enfermagem e de seus representantes nos espaços participativos é a construção do bem comum, sendo importante salientar que os representantes dos diversos níveis profissionais estarão decidindo sobre o que proporcionará o máximo de bem para o maior número de pessoas. Para isso, precisam decidir, considerando sobre os propósitos que a coletividade considera bons.

Sendo assim, faz-se necessário pensar a ética no trabalho e desta forma alguns aspectos devem ser salientados. A ética é entendida como aquela que se realiza no espaço **da atividade humana**, em que se colocam as divisões interiores entre: o que tenho que fazer e o que devo fazer, os sentimentos de angústia, culpa ou mesmo de superioridade moral. A ética se realiza também no espaço **da reflexão ética**, onde se examinam as questões que se encontram em jogo e tende-se a apresentar razões ou justificativas para os atos.

Neste sentido, Gallo (1999, p. 108) coloca que

[...] os fundamentos das ações humanas dizem respeito a valores morais construídos socialmente, ou seja, criações humanas, válidas para tempos e lugares historicamente determinados [...] Compreende a ética como atividade de construir nossas vidas, construir nossos valores, colocando a nós mesmos enquanto valor fundamental, não na perspectiva do eu individual, mas na perspectiva do eu e do outro na construção da sociedade.

Foram observados alguns cuidados éticos na realização das entrevistas. Estes cuidados dizem respeito à cultura e valores do informante, capacidade de ouvir do entrevistador, desenvolvimento de um clima de confiança que permita ao entrevistado a expressão livre dos fatos e garantia do anonimato, com esclarecimentos e acordos claros sobre o uso dos dados (LUDKE; ANDRÉ, 1986; DEMO, 1989; MINAYO, 1998).

O estudo desenvolvido contemplou estes aspectos, estando situado em um tempo/espaço determinados, sob condições de trabalho também determinadas.

Acredita-se, que este estudo poderá contribuir no despertar para a emancipação do trabalhador de enfermagem. Não apenas a respeito da necessidade e limites dos representantes e demais sujeitos trabalhadores, mas, na instalação de novos processos participativos ou, na reformulação de estratégias para melhorar os espaços de participação existentes na enfermagem e, também, se for associado à necessidade daquele a quem o serviço é prestado.

6 PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES À CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA DO SUJEITO TRABALHADOR

A análise dos dados aqui apresentados tem como base o materialismo histórico dialético, a fundamentação teórica, mas também o olhar do pesquisador, ou seja, tal como aponta Dias (1993), utilizar-se-á de “lentes” para olhar e interpretar o mundo. Isto significa que outro olhar poderia interpretar os dados de outra forma, já que cada um tem o seu modo de olhar o mundo.

As categorias que surgiram e são aqui analisadas, quais sejam: “PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO: ALGO CONQUISTADO OU CONSENTIDO?”; “A REPRESENTATIVIDADE E A LEGITIMIDADE”; “OS CONDICIONANTES DA PARTICIPAÇÃO VIVENCIADOS PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM” E “PREPARANDO A ENFERMAGEM PARA UMA GESTÃO PARTICIPATIVA”, compreendem a forma de perceber e de participar dos trabalhadores de enfermagem do HU/UFSC, bem como se aponta estratégias que possibilitem ampliar o grau de participação hoje existente, principalmente nos espaços formais. A participação, portanto, passa por um processo de conquista, mas também muitas vezes de concessão, quer em espaços formais, quer no cotidiano de trabalho. Estes aspectos serão aqui analisados.

6.1 PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO: ALGO CONQUISTADO OU CONSENTIDO?

Esta categoria foi composta por duas subcategorias intituladas como: **O Significado de participação; A Forma e os Espaços de Participação Formais e Informais.**

6.1.1 O significado de participação

O conceito central de participação está submetido a questões fundamentais, relacionadas com a distribuição do poder, de autoridade e de propriedade, bem como, de trabalho, mecanismos de coordenação e integração e processo de tomada de decisão. Este conceito está permeado por diferentes concepções, que sofrem influência do contexto histórico, político, econômico e cultural, os quais são peculiares de cada país, de cada grupo social, de cada organização. O conceito de participação apresenta uma variedade de definições com diferenças de enfoques formulados e objetivos diversos que lhe são atribuídos (MENDONÇA, 1987).

Frente a esse entendimento, um dos entrevistados comentou que

[...] o processo participativo para ser eficaz deve contar com todas as características históricas do ser humano, a instituição não pode ver o indivíduo como ser único, ele é um ser plural, que tem sua história, sua vida, seus conflitos, suas dificuldades e facilidades (Esperança, NS²¹).

Para os entrevistados, a formulação da concepção de participação foi decorrente da formação profissional, das características pessoais, do modo como foi assimilado o tema, pelos diferentes olhares e pelas experiências vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa. Emergiram das falas dos sujeitos trabalhadores quatro conceitos chaves que representam a concepção de participação, quais sejam: **Interação, Integração, Colaboração e Decisão**.

Os sujeitos trabalhadores entendem participação como sendo um processo de INTERAÇÃO, que traduz a necessidade de atuar-se conjuntamente com duas ou mais pessoas, de forma que essas possam agir e influenciar mutuamente na tomada de uma decisão, na execução de uma tarefa, no envolvimento conjunto de uma ação. Também, pode haver interação entre profissionais das diversas categorias ou mesmo da mesma área na execução conjunta de uma ação, como pode-se evidenciar nas falas dos sujeitos trabalhadores:

²¹ Os sujeitos da pesquisa são identificados por codinome, seguido das letras NS, para nível superior e NM, para nível médio.

Participação é interação (Daniel, NM).

É poder estar junto para saber sobre as coisas e poder em cima do que você acredita, já viveu dar a sua opinião (Fofa, NS).

É um processo que deve ser multiprofissional, ter várias pessoas envolvidas no mesmo assunto (Esperança, NS).

É trabalhar em grupo (Rosa, NM).

A participação reflete também o efeito de **INTEGRAÇÃO**, segundo alguns dos sujeitos da pesquisa. Isso quer dizer que há o sentido de pertencimento de alguma coisa ou de um grupo específico, enfim a pessoa torna-se parte integrante. Esse fato de pertencer dá o direito e o dever de participar. Uma pessoa pode ou não se sentir parte integrante de um grupo e tem necessidade de ser aceita. Esses fatos são contemplados nas seguintes falas:

É fazer parte (Borboleta, NS).

[...] fazer parte de um ato, de um trabalho (Marina, NM).

[...] é ser convidada a participar das coisas e ser bem recebido no grupo, onde você pode participar com idéias e elas são aceitas (Margarida, NM).

É o envolvimento de mais de uma pessoa ou mais de um representante de um grupo em um determinado assunto (Lua, NS).

Todas as pessoas precisam de ajuda em certas ocasiões, seja no trabalho, na família e, também, ajudam os outros quando estes necessitam. Para uma parcela dos sujeitos, participação é definida como sendo **COLABORAÇÃO**. Para alguns dos entrevistados, só o fato da pessoa estar fazendo as suas atividades, exercendo as suas funções, já se traduz em colaboração e consequentemente em participação. A colaboração, muitas vezes, é direta ou indireta para se atingir um objetivo, por meio da ajuda, do auxílio a uma pessoa ou grupo. Entretanto, a colaboração faz parte do termo que, por si só, não evidencia participar e quando uma pessoa colabora com alguém esse ato em si, não traz retorno explícito. Tais sentidos de colaboração podem ser contemplados nas seguintes falas:

Participação é muito parecido com colaboração. A gente participa para colaborar com alguma coisa, com o enriquecimento de alguma pessoa, de um grupo, de uma unidade ou do hospital (Girassol, NM).

É o coleguismo, o apoio, é participar de qualquer coisa no serviço, num

estudo, fazendo junto com alguém para chegar a uma finalidade (Marina, NM).

É a gente poder nos auxiliar, é participar do cuidado ao paciente, das questões nossa do dia-a-dia (Avai, NM).

É todos correrem juntos para o mesmo objetivo assim, numa instituição queremos alcançar o objetivo de dar um bom atendimento ao paciente, então você vai arrumar meios e formas de todos conseguirem contribuir para atingir esse objetivo (Bolinha, NM).

Mas a maioria dos entrevistados entende também que o ato de **DECISÃO** é participação. Desta forma, se faz necessário ter conhecimento e informação sobre o fato para poder haver uma decisão, mas também é de fundamental importância para a participação efetiva, que a organização tenha uma estrutura hierárquica flexível, possibilitando a participação. Porém, para os entrevistados, o ato de decidir não implica que a pessoa não possa apenas opinar sobre determinado assunto, influenciando nas decisões, se comprometendo, mas para isso, faz-se necessário estar presente. Também se observa que os sujeitos trabalhadores consideram que a decisão pode ser tomada em conjunto – decidir junto, ou ainda por representação.

[...] É eu poder mudar, com informações, com idéias, críticas e avaliação do trabalho (Pupi, NM).

É quando todos podem opinar, todos podem dar seu entendimento, colocando críticas, coisas boas. A participação democrática é quando todo mundo tem o direito de ter uma decisão (Luz, NS).

[...] é auxiliar a tomar decisões, é fazer parte das decisões, é distribuir responsabilidades, é indicar caminhos (Borboleta, NS).

É participar das decisões (Avai, NM).

É poder estar junto para saber sobre as coisas e poder em cima do que você acredita, já viveu dar a sua opinião (Fofa, NS).

O significado de participação construído pelos sujeitos trabalhadores de enfermagem permitiu oscilar entre as expressões *Interação*, *Integração*, *Colaboração* e *Decisão*. Esses sentidos atribuídos à participação têm relação direta com a diferença de intensidade do significado para cada pessoa (BORDENAVE, 1994). Os termos utilizados por eles para definir participação, de forma independente, parecem claros, porém estavam muitas vezes interligados, ou mesmo, inseridos nas demais categorias, o que levou a um

trabalho minucioso na busca desta concepção. Assim sendo, esses conceitos podem ser analisados simultaneamente e/ou complementarmente nas concepções dos sujeitos pesquisados. Porém, é salutar clarear-se que estes termos podem ser interdependentes. O fato de se estar colaborando com alguém, não pressupõe capacidade de decisão, bem como, a integração e a interação, também, não remetem necessariamente a ação de decidir. Emerge aqui, a importância de se refletir sobre o efeito que essas expressões desfrutam, tanto na teoria, como na prática administrativa e que podem mascarar o sentido real da participação.

Sabe-se que o processo de interação humana está presente na vida de qualquer indivíduo, pois ninguém vive sozinho, em algum momento precisa-se conviver com os outros, o que acontece principalmente no trabalho. É no trabalho que o ser humano dedica a maior parte de sua existência, e por isso, representa um dos aspectos mais relevantes da sua vida pessoal. É através do trabalho que esse ser humano-sujeito encontra a sua forma de expressão, de afirmação no mundo social e, sobretudo, é por meio dele que o potencial humano manifesta-se, desenvolve-se e transforma-se em realizações, tanto para a sociedade, como para o próprio trabalhador. Ao desenvolver o seu trabalho partilha com os demais trabalhadores a atividade de atuar sobre o objeto de trabalho de modo a transformá-lo, ao mesmo tempo em que transforma a si mesmo e, nesse processo constrói a sua própria história, se fazendo histórico (MARX, 1983; CAPELLA, 1998).

Porém, esse processo de interação, de transformação, muitas vezes não é harmonioso, pois quando o sujeito trabalhador é inserido dentro de uma organização traz o seu código, isto é, seus valores sociais-políticos-filosóficos, crenças, mitos, experiências, entre outros, que irá interagir com o código da organização. São esses sistemas de idéias, desenvolvidas no âmbito grupal e expressos por representações simbólicas, que classificam e dão sentido ao mundo natural das pessoas (HIRT; GELBCKE, 2005).

Por conseguinte, nas organizações se pode observar como certos símbolos são criados, com muitos procedimentos implícitos e explícitos para legitimá-los. Neste ponto, inicia-se o processo de socialização, pelo fato de existir vários subsistemas culturais dentro das organizações, sendo que, cada um reúne características diferentes em função da natureza plural de cada indivíduo. Sendo assim, são esses indivíduos que por meio de suas ações, irão

contribuir para a construção da organização e também, exercer enorme influência no desenvolvimento das relações interpessoais. Porém, a tendência das organizações é fazer com que a sua cultura pré-existente oriente o sentido das ações dos indivíduos. É aqui que a organização tende a fazer os indivíduos semelhantes, para poder ajustar os mesmos à cultura organizacional da qual fazem parte. Esse ajustamento, muitas vezes, pode não ser saudável, por que mina lentamente o organismo, a auto-imagem, o entusiasmo do sujeito trabalhador e impede o seu pleno desenvolvimento, bem como, oculta e instrumentaliza as relações de dominação (MOSCOVICI, 2003; TAMAYO, 2004; HIRT; GELBCKE, 2005).

Apesar das significativas mudanças na organização do trabalho nestes últimos anos, essa percepção das organizações de que é preciso modelar o comportamento humano, por meio de normas e regras, para assim ter o controle do processo de produção, é ainda reprodução do paradigma taylorista/fordista. Este paradigma apresenta uma abordagem extremamente racional, em que o homem funciona como uma máquina sendo despido de qualquer subjetividade, incapaz de qualquer reflexão sobre o seu trabalho e supõe que, no ambiente de trabalho a interação se dê na realização da tarefa, em que o trabalhador deve fazer somente o que se espera dele. Essa forma de gerenciar o trabalho impede qualquer tipo de mudança e inovação e as organizações, assim, mantém o *status quo*, entretanto as pessoas nem sempre agem da forma esperada, com isso, a interação entre elas afeta o funcionamento individual e coletivo (GELBCKE, 2002; MOSCOVICI, 2003; TAMAYO, 2004; HIRT; GELBCKE, 2005).

A luz desse instrumental teórico, a enfermagem do HU pode ainda estar presa a esse modelo ultrapassado. Os sujeitos trabalhadores ainda não se manifestam, não tomam iniciativa como pode-se perceber nas falas dos sujeitos pesquisados, pois a interação que eles definiram como sendo participação, está se dando na sua maioria somente na realização das tarefas acordadas, tanto nos grupos formais de trabalho quanto nos grupos informais.

[...] na verdade eu participava das reuniões da comissão, dos cursos, fazia aquilo que me era determinado (Lua, NS).

[...] gosto muito de participar para saber o que vai ser decidido (Daniel, NM).

A gente tem reuniões todos os meses e na maioria das vezes às coisas vêm prontas, não é reunião é apenas repasse de informes (Girassol, NS).

Ainda são poucas as instâncias hierárquicas que permitem a participação dos sujeitos trabalhadores na definição das normas e rotinas que envolvem o trabalho. Esse fato, segundo avaliação de Moscovici (2003, p. 30), pode interferir na manutenção do grupo, pois se os trabalhadores não estão satisfeitos com a forma de trabalho, “o clima emocional evoluirá negativamente em função de sentimentos de antagonismo entre os trabalhadores e a tarefa do grupo sofre os efeitos nefastos de interações, de desagrado, antipatia, hostilidade, aversão e agressividade”.

A interação do grupo na realização da tarefa no processo de participação abrange: motivação, comunicação, decisões, liderança, relacionamento e inovação. Isto quer dizer que o grupo participa das atividades com interesse e responsabilidade, a comunicação flui com facilidade, as decisões são tomadas coletivamente, os relacionamentos interpessoais facilitam a cooperação, a liderança é exercida adequadamente e a criatividade é mobilizada. Por conseqüência, o grupo procura apoio, proteção e direção ou orientação do líder ou de outro membro, ou ainda, pode procurar externamente ao grupo. Porém, isso não exclui qualquer forma de conflito.

Assim como no processo de trabalho, a interação com o outro ou grupo se faz necessária para todo o individuo, a necessidade de situar-se, de juntar-se aos outros é importante, bem como, o de ser aceito. Contudo, o ato de fazer parte, de entrar e compartilhar espaço no grupo também apresenta algumas dificuldades que precisam ser refletidas.

À luz do que diz Mendonça (1987), Melo (1987) e Motta (2002), se entende, que a maioria das instituições procura, por meio da **integração**, adaptar o trabalhador na organização procurando manter o equilíbrio e a ordem. Com isso, deixam de reconhecer o conflito existente na relação estrutural como algo funcional, normal e fisiológico, mas sim, explicam o conflito como sendo de relacionamento, de status e de funções. Sob esta visão, a regulação desses conflitos seria feita por meio da participação, isto é, por meio da integração do trabalhador aos interesses da hierarquia superior. A participação seria então, um instrumento de manipulação do trabalhador como forma de ocultar e transformar o poder em instrumento de dominação, mascarando a percepção do

trabalhador quanto ao seu grau de influência sobre a decisão que ele pensa que tem e quanto a sua influência realmente efetiva. A idéia, aqui, é de refutar a participação efetiva no processo decisório, na distribuição do poder e enfatizar a colaboração mútua no nível da tarefa e da responsabilidade de cada um, sobretudo, enfatizando o sentimento de estar engajado, desencorajando a expressão coletiva dos trabalhadores e um fraco sistema de representação, como se pode evidenciar mais adiante nas entrevistas.

Ao analisar-se a concepção de que a participação é um ato de **colaboração**, fica evidente a ênfase de que a comprovação da participação não está no quanto se toma parte, mas sim, na maneira com que se toma parte. Isso quer dizer, ou se participa ativamente do processo de decisão, ou se fica inertes deixando que os outros decidam por nós (BORDENAVE, 1994). Alguns entrevistados percebem está inércia. Não se pode negar que durante o processo de trabalho o sujeito trabalhador não só ajuda aos outros, como também, necessita de ajuda em determinadas situações, pois o individuo é um ser inacabado, não detém todo o conhecimento e habilidades necessárias para o desenvolvimento de todas as suas atividades. Porém, a dificuldade maior do individuo é admitir essa carência e solicitar ajuda. Essa dificuldade de pedir ajuda é percebida nas organizações, principalmente nas pessoas que ocupam cargos hierárquicos (dirigentes, chefes, coordenadores de turno), porque traduz incompetência técnica, podendo ofuscar a imagem de superior. Com isso, as suas deficiências são reforçadas por atitudes repressivas e, muitas vezes, coercivas na tentativa de esconder sua fragilidade, estabelecendo uma relação social conflituosa e uma constante situação de disputa (MOTTA, 2002; MOSCOVICI, 2003).

Ao se analisar a fala dos sujeitos trabalhadores, percebe-se que a colaboração aparece muito mais na categoria do nível médio, o que pode ser influenciado pelo modo como a enfermagem realiza seu trabalho, sendo também importante contextualizá-lo com o momento histórico.

Voltando-se um pouco na história da enfermagem como profissão, constata-se que os pressupostos taylorista/fordista estão presentes desde a época de Florence Nigthingale, que preconizava a divisão do trabalho entre quem concebe, dirige, supervisiona e controla (*ladies nurses* - enfermeiros) e quem executa (*nurses* - técnicos/auxiliares de enfermagem) o trabalho,

estabelecendo o parcelamento das tarefas. Esta divisão do trabalho levou que o trabalhador perdesse o controle, domínio sobre o seu processo de trabalho, impedindo com isso, a liberdade, criação e realização no engajamento nas situações imediatas de trabalho, levando ao que Marx denominava de alienação, isto é, há uma ruptura com o seu referencial cultural.

Contudo, o mundo do trabalho evolui e a enfermagem do HU vem tentando romper com esse modelo de trabalho desde 1990, em que, por meio de luta coletiva, conquistou um grande espaço de autonomia na estrutura hierárquica, o que lhe conferiu uma responsabilidade social, exigindo competência técnica e política, conquistando assim, reconhecimento e valorização. Nesta década, como colocou-se anteriormente, instituiu eleições diretas para os cargos de chefia e criou a assembléia como instância maior de decisão, logo após surgiram algumas comissões representativas. Porém, essas conquistas não modificaram as relações de trabalho. Entretanto, a enfermagem do HU continua buscando construir relações mais harmoniosas entre os seus níveis profissionais, sendo que, o primeiro grande passo foi em 1996 com o VTM (muito citado pelos sujeitos trabalhadores), que trabalhou questões referentes aos papéis e relações na equipe com a finalidade de reascender a possibilidade de realização pessoal com o trabalho, na tentativa de superar a racionalização. Segundo Capela et al. (2002) o eixo central era de que as diferenças existentes nas relações interpessoais fossem sentidas como forças positivas e impulsoras para a mudança, estimulando a enfermagem para um trabalho coletivo, sem deixar de valorizar as subjetividades que compõe esse coletivo.

Após o VTM, se percebe nas entrevistas que, timidamente e isoladamente alguns enfermeiros vão assumindo um papel gerencial mais participativo. Porém, esse processo de participação é percebido mais junto aos enfermeiros assistenciais que tem procurado executar as tarefas assistenciais de forma mais coletiva, permitindo que os trabalhadores do nível médio colaborem mais com a assistência, mas não permitindo, ainda, que os mesmos decidam sobre as situações imediatas do trabalho, ficando a participação ainda restrita a consultas aos trabalhadores de nível médio.

A partir da análise das falas anteriores, pode-se inferir que o sentido de colaboração ficou mais visível na fala dos trabalhadores do nível médio e

acredita-se que isto tenha relação com a forma como eles participam das situações que envolvem o seu trabalho diário. A enfermagem do HU presta “cuidados integrais” ao sujeito do cuidado, possibilitando uma visão mais global de suas necessidades, um trabalho mais criativo, menos fragmentado, em que o trabalhador executa tarefas delegadas, porém com espaços para sugestões, opiniões. No entanto, essa mudança na organização do trabalho assistencial da enfermagem do HU ainda não permite uma completa apropriação da concepção do trabalho, pois a decisão sobre o cuidado ainda permanece com o enfermeiro, não rompendo de todo, com a lógica de separação entre concepção e execução do trabalho e de controle gerencial das tarefas.

Mas, salienta-se que, mesmo os trabalhadores do nível médio não participando da concepção, em seus depoimentos mostram sentimentos de reconhecimento, auto-afirmação, com o fato de poderem estar colaborando, mesmo que de uma forma não tão efetiva. Isso vem ao encontro da afirmação feita por Demo (2001) de que a participação é um instrumento de autopromoção ou, como bem enfocou Bordenave (1994, p. 16), que a prática da participação “envolve a satisfação de outras necessidades não menos básicas, tais como a interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo e a valorização de si mesmo pelos outros”.

Para que o processo de participação seja efetivo, se faz necessário assegurar que a ação, atitude ou comportamento sejam positivos, isto é, o trabalhador precisa unir razão e emoção na ação, para isso, necessita refletir sobre as conseqüências de sua ação para os colegas de trabalho e instituição. Assim, para a participação é importante substituir comportamentos, unir razão e emoção, sobrepondo-as a conveniências pessoais e a interesses meramente materiais, é transcender ao ego, é substituir a pergunta “o que vou ganhar com isso?” por “como posso ajudar?”. Mas, este autoconhecimento não basta somente para o trabalhador, a instituição necessita ter a consciência de que é uma grande sociedade e que os atores sociais possuem mais que preparo e domínio técnico, eles tem emoções e essas influenciam positivamente ou negativamente no processo de trabalho. Como a participação está na distribuição de poder no processo decisório, é salutar para uma decisão a existência também do fator emoção, pois quando se opera apenas pela razão falta nesse processo decisório um fator que é a crença de que vai dar certo e,

só se consegue acreditar por meio da emoção. Isso faz com que os trabalhadores além de se envolverem no processo, sejam mais flexíveis e ao mesmo tempo persistentes, mais capacitados a perceber e administrar erros ou imprevistos (MOSCOVICI, 2003; SERRA, 2004).

Pode-se afirmar que o trabalhador quando satisfaz o desejo de fazer parte, transmite entusiasmo e demonstra paixão pelo que faz, vencendo medos e bloqueios com autoconfiança, auto-estima e autoconhecimento. Com a liberação dessas emoções, o trabalhador passa a ter percepção do seu “eu” (conhecer suas próprias aptidões) e a percepção do “nós” (conhecer as aptidões do outro, sentimentos e emoções), quando entra em contato com os outros trabalhadores na busca de soluções para os problemas. Porém, assim como as emoções equilibradas estimulam a criatividade, a colaboração, a iniciativa e a transformação, seu desequilíbrio pode prejudicar uma decisão e o relacionamento intergrupar. É importante para uma efetiva participação, que a instituição consiga entender e unir o racional e o emocional, isto significa ter espaços que possibilitem o holismo, a integridade, as diferenças e tantas outras que criam um ambiente com maior nível de autenticidade, maior cooperação e menos jogos de poder, com o objetivo de direcionar o esforço coletivo para uma direção compartilhada.

Já a colaboração não esteve tão presente nos depoimentos dos sujeitos trabalhadores do nível superior, o que pode revelar a dificuldade que o enfermeiro tem de reconhecer que precisa de ajuda. Isso provavelmente ligado à historicidade da profissão que apregoa a dicotomia entre trabalho intelectual e manual, concebendo a obrigação do saber, ensino e supervisão ao enfermeiro. Por outro lado, ao analisar-se que tanto os enfermeiros como os técnicos/auxiliares realizam na prática uma série de atividades usuais, não permitindo diferenciar as categorias socialmente no processo de trabalho, pode interferir no prestígio social do enfermeiro, levando-o a um sentimento inferiorizado por estar sendo associado a atividades manuais. Por isso, mantém a concepção do cuidado sob o seu poder, permitindo ao nível médio apenas realizar a assistência. Porém, essa postura perpetua a divergência entre o enfermeiro e o nível médio, configurando conflito nas relações, impedindo o objetivo maior da participação que é o compartilhamento do poder. Neste caso, o espaço provocado de colaboração por meio do “cuidado integral” pode ser utilizado para

escamotear a concentração do poder.

Participação, portanto, mais que concedida, deve ser conquistada, independente da conotação do termo, o que implica em compartilhar poder, em estabelecer relações mais harmônicas, em que se realize um trabalho em equipe, onde cada membro tenha um espaço reconhecido. Participação, tal como afirma Demo (2001), é conquista, o que implica em um processo de conscientização de cada trabalhador acerca do seu papel social na instituição.

6.1.2 Os espaços de participação formais e informais

Para se apreender as formas de participação utilizadas e em que espaços elas ocorrem, foi imprescindível considerar-se as concepções dos sujeitos trabalhadores sobre a participação, o que possibilitou fazer o confronto entre os dados das entrevistas e a fundamentação teórica.

A contextualização da participação sob a ótica dos trabalhadores, compreendeu três dimensões, a primeira como sendo um ato de colaboração, interação e integração com o outro, sem necessariamente atuar na decisão; a segunda como sendo a capacidade de influenciar ou, de atuar na decisão ligada a sua tarefa; a terceira como sendo a capacidade de decidir por meio de um representante. Sendo assim, a forma de participação dos sujeitos trabalhadores compreende a: **Pseudoparticipação, Participação Direta e a Indireta.**

Como se pode observar, na primeira subcategoria, alguns trabalhadores garantem que mesmo não atuando na tomada de decisão, consideram como participação o fato de apoiar o colega, de se ter espírito de solidariedade, de se estar presente num grupo ou reunião, de fazer aquilo que é determinado ou comunicado. Essa forma de participar nas quais as pessoas apenas apresentam um sentimento de participação, já que as decisões não são influenciadas ou determinadas por eles, é definida por Paterman (1992) como sendo uma **Pseudoparticipação.**

Então quando eu sei de uma coisa nova, eu trago coloco na passagem de plantão ou numa reunião (Sol, NM).

Destaca-se que essa pseudoparticipação é percebida pelos enfermeiros, porém, os mesmos não consideram essa forma como participação e referem conflitos nas relações sociais, principalmente com as chefias de enfermagem e com a medicina, por entenderem que participar é estar decidindo coletivamente. Essa forma de participação gera insatisfação e desmotivação nos trabalhadores.

A chefia diz – é isso, mais isso e aquilo que tem para fazer daqui para frente e deu, nem se discute. Então não estou satisfeita com a minha forma de participação, pois tenho muito mais para contribuir e não tenho espaço (Girassol, NS).

[...] minha participação é pequena por que me falta espaço, falta interesse das demais chefias em colaborarem em busca de soluções. Eu sei que um pouco é minha culpa por não estar motivada em ir atrás, mas em grande parte, o que me desmotiva é participar das reuniões e não ser ouvida e quando falo sou podada (Luz, NS).

A enfermagem do HU vem percebendo e manifestando a necessidade de se fazer um trabalho interdisciplinar, na tentativa de romper com a assistência fragmentada. Isto é, romper com a compartimentalização das ações em que cada grupo de profissões se organiza e presta parte da assistência em saúde separada dos demais. Muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias, prejudicando o processo de trabalho, bem como, o controle da qualidade da assistência prestada e o tratamento de quem recebe a assistência de saúde (PIRES, 1998).

Por haver essa compartimentalização no HU, quando existe conflito devido as decisões divergentes, prevalece a decisão médica, principalmente no que se refere a assistência à saúde, sendo que em poucas situações há momentos de trocas e de tomada de decisões conjuntas.

Outro ponto importante é a forma piramidal da estrutura organizacional da Enfermagem do HU, com vários níveis hierárquicos de poder que conferem oficialmente aos ocupantes dos cargos (diretor, chefias, coordenadores de turno) o direito de exercer o controle sobre o trabalho dos demais e consolidar os valores que orientam as condutas no contexto organizacional, a qual os trabalhadores devem acatar. Porém, esse poder funcional é influenciado pelo estilo da personalidade e pelo comportamento pessoal do gerente. Apesar da

nova diretora de enfermagem, assim como a direção geral, estarem implantando uma gestão participativa, pode-se perceber nos depoimentos que existe em determinados locais o poder de coerção por parte de chefias que exercem um papel ainda autoritário, impedindo qualquer espaço de liberdade, em que possa ser manifestada: a criação, a intuição, os saberes dos trabalhadores. Ignorando também, o contexto grupal, tratando-o apenas na sua dimensão profissional, esquecendo da importância de se articular as dimensões pessoais, profissionais e institucionais. Essa forma verticalizada de gerenciamento nega a importância, o conhecimento e competência do outro, porque restringe a autonomia. Pode, também, representar postura auto-suficiente, isto é, a chefia apresenta dificuldades para solicitar ajuda, por receio de parecer incompetente, de assumir ou mostrar suas próprias limitações e fragilidades. Porém, esse poder funcional não pode ser analisado somente por esse ponto, precisa ser aprofundado, sendo assim, será retomado adiante.

Se exercer poder significa lidar com limites, seja para impô-los a terceiros, em determinados momentos, ou para rompê-los em outros, essa postura autoritária contínua pode levar a sério entraves no relacionamento interpessoal. Sendo assim, constata-se que para uma gestão participativa efetiva, alguns gerentes de enfermagem necessitam apreender e substituir seus estilos gerenciais tradicionais herdados da Administração Científica e Clássica, por cooperação mútua, liderança, autonomia e responsabilidade, significando que o novo perfil do gerente não permite apenas mandar, mas sim, informar, delegar, consultar, perguntar. Além da mudança no perfil gerencial, há que se pensar na mudança dos trabalhadores, que não devem ficar na passividade esperando que a decisão venha de cima. Uma vez que a participação efetiva, para ser consolidada requer desses sujeitos uma atitude mais ativa, isto é, necessitam ter disposição para participar, precisam tomar iniciativa, agir, perguntar, questionar, oferecer sugestões, enfim, precisam aprender a conquistar os espaços para a participação.

Essa necessidade de mudar a postura de ambos os lados foi evidenciada nas entrevistas, apontando-se as limitações dos que ocupam cargos de chefia, mas também as próprias limitações dos trabalhadores.

A impressão que tenho é que sou uma tarefaira. Estou ali para cumprir

aquele papel e deu. Claro falha também minha, por que poderia estar me dispondo, estar procurando, mas como sou de uma era mais democrática não aprendi a lutar, não tenho essa visão, não fui ensinada a lutar pelas coisas, mas também, não sou procurada (Beija-flor, NS).

[...] amo trabalhar no HU, [...] não gosto do sistema de trabalho do HU [...] me desanima a forma como é conduzido o serviço na minha unidade, não temos espaço para opinar, dar sugestões, [...] fui tentar falar e me disseram, tu és nova e ainda estás no estágio probatório²² ou, se não estás satisfeita vai procurar um outro lugar em outro setor [...] percebo que o nível médio fala mais, são mais ativos, buscam mais os seus direitos, eles conquistaram depois de bastante luta que a escala mensal saía com 10 dias de antecedência, [...] eles trabalhem com mais satisfação (Girassol, NS).

Existem muitas barreiras para a participação. Muitas mudanças ocorrem empiricamente, eu acho isso inadmissível [...] para mudar uma rotina tem que ser a mesma trabalhada, estudada, validada [...] não posso chegar amanhã e porque o “fulano” lá falou, vai ser assim. Não é dessa forma que se trabalha hoje, ainda mais num hospital escola. [...] muitas coisas não se têm poder de decisão, aí você fala para a chefia e ela diz a gente vai ver e nesse vai ver a criança já tem dois anos. Nós sabemos que tem enfermeiros e chefias que não flexibilizam, há diferentes atuações em diferentes unidades, aí todo mundo fica se questionando, por que aqui é assim se lá na unidade tal não é (Esperança, NS).

Essa frustração de não poder participar é definida por Bordenave (1994) como sendo uma mutilação do homem social. Quando o trabalhador não participa, ele fica a margem do processo de trabalho, pois não consegue intervir. A luta social no Brasil pela participação sem dúvida nenhuma ganhou proporções na década de 70 e 80 durante o período de ditadura militar, em que o povo organiza-se e saía às ruas em luta por eleições diretas para presidente. Lutando por um regime democrático, numa reação defensiva frente à alienação crescente, em que apregoavam que os homens tinham medo da liberdade e por isso se despojavam de sua autonomia em favor da “segurança” do autoritarismo. Certamente, muitos dos que viveram nesta época apreenderam a lutar contra os regimes que negam ao cidadão o direito de participar. Essa luta por participação aos poucos foi penetrando nas organizações privadas, instituições públicas e hoje, muitas organizações já entenderam que o autoritarismo puro não traz os benefícios apregoados, que as pessoas querem tomar decisões, que a maioria prefere a democracia. Por outro lado, por um bom período as pessoas se satisfizeram com o simples fato de poder votar nos seus representantes, mas

²² Todo servidor federal recém efetivado passa por um período de avaliação do desempenho durante 3 anos, sendo passível de demissão neste período, esse período foi denominado pelo Governo federal como Estágio Probatório.

aos poucos, foram percebendo que a participação era muito mais que um método, era um estado de espírito e um modo de relacionamento entre as pessoas, como bem descreve Bordenave (1994). Sendo assim, a participação traz consigo os valores da democracia: liberdade, solidariedade, igualdade, a alternância e a transparência no poder, o respeito à diversidade e a tolerância. É por esse estado de espírito que os sujeitos trabalhadores pesquisados manifestaram desejo.

É importante, no entanto, lembrar que os enfermeiros, mesmo ao manifestarem a necessidade e desejo de participação, apresentam limitações em relação a esta, quer por dificuldades de cunho particular, quer por impedimentos institucionais. Evidenciam, no entanto, esta necessidade, que afirmam ser de direito, portanto, têm consciência cidadã. Porém, em muitas situações não conseguem vislumbrar como conquistar os espaços de participação.

Avançando-se um pouco mais na questão do antagonismo presente nas dinâmicas relacionais, é salutar refletir, que as organizações ou unidades de serviços com tendências a um gerenciamento dominante, possuem uma cultura racionalista. São valorizados apenas seus elementos objetivos, fundamentados na tarefa, com metas e planos estabelecidos, estruturação hierárquica, mecanismos de controle, cursos voltados para a técnica, com ênfase na colaboração, deixando-se de valorar outros aspectos ou fenômenos importantes, presentes na organização. Nesse modelo gerencial, como se viu anteriormente, não existe espaço efetivo de participação. Não existe reconhecimento e não se abordam questões mais “subjetivas e tencionantes como a competição, a agressão, os fracassos pessoais e coletivos, os erros e imperícias, as coerções, ameaças, punições e privações, que vagam como uma sombra²³ organizacional” (LEITE; FERREIRA, 1998, p. 41).

Ainda sob a luz desse referencial, a sombra nada mais é do que os códigos individuais de cada trabalhador são negados na cultura organizacional, por distorcer a imagem que a organização quer preservar, sendo que eles não

²³ Segundo Moscovici (1995, p. 32) sombra é “o nível inconsciente que não se manifesta direta nem claramente, fica oculto, formando a porção desconhecida, inexplorada, como se fosse a sombra que acompanha sempre a figura quando há luz, quando a figura pode ser percebida. A palavra sombra foi usada como termo técnico por Jung para designar o conjunto de desejos e impulsos velados, agradáveis ou não, que constituem o outro lado do ego consciente, em oposição a este e, ao mesmo tempo, com possibilidades de complementá-lo. Compreende, em grande parte, o inconsciente pessoal”.

desaparecem, apenas ficam reprimidos determinando ações e reações que fogem às regras de controle institucionalizadas. A sucessão de negação da cultura do trabalhador resulta em redes de: intrigas, estresse, mentiras, enganos, depressão, atos de sabotagem e até inocentes são culpados, enquanto culpados são promovidos.

Contudo, é nesse modelo totalitário que a rede de interesses se manifesta, em que, alguns indivíduos procuram distinguir-se dos demais na procura de melhorar sua posição relativa a respeito deles. Essa rede de interesse é ideológica e encontra-se em setores onde se vivifica a concorrência e a contínua atualização e renovação das desigualdades. Assim, quando uma chefia tende a administrar sua unidade movida por sistema de interesses, em que os trabalhadores são estratificados, são explorados, limita a participação dos trabalhadores por considerar que esta participação coloca em perigo o sucesso de seu sistema de interesse. Nessas unidades de serviço, a participação sempre será uma guerra, pois seus membros irão se apoiar mutuamente para vencer a resistência.

Toda essa discussão é remetida a recomendação que faz Bordenave (1994), que o fundamental para uma gestão participativa é compreender que a participação não pode ser estudada sem referência ao conflito social. Se, se aspira diferenciá-la de uma relação humana ou de uma série de ilusionismos utilizados normalmente pelas organizações para integrar os indivíduos e os grupos no processo, necessita-se analisar e compreender a estrutura de poder e a sua freqüente oposição a toda tentativa de participação que coloque em julgamento as classes dirigentes e suas regalias. Como modo de evitar a exacerbação dessa sombra organizacional, é primordial que o conflito seja explicitado e tratado as claras por meio de um diálogo verdadeiro.

Outro aspecto importante pôde ser observado nos depoimentos pondo em evidência que os trabalhadores pesquisados possuem um consenso ideológico, em que todos querem participar e compartilhar de objetivos comuns da organização, independentemente dos objetivos próprios de cada unidade. Deste modo, os trabalhadores se manifestam em oposição ao sistema de interesses, quando reivindicam um sistema de solidariedade, cujo objetivo visa a identificação com o grupo e a solidariedade entre as pessoas dentro de um ambiente de relativa igualdade.

Por outro lado, existem unidades de serviço onde o gerenciamento é mais democrático permitindo a participação dos trabalhadores no processo de tomada de decisão. Isso percebeu-se na concepção de participação como ato de decidir sob a ótica dos trabalhadores. A participação na tomada de decisões que tenham influência no trabalho e que, portanto, vai depender muito do estilo de liderança é definida por Mendonça (1987), Chiavenato (1994; 1996; 1999), Motta (1994), Maximiano (1995), Erdmann (1998) e Ferreira et al. (2002) como sendo **Participação Direta**, dirigida à pessoa individualmente, permitindo ao trabalhador tomar decisões naquelas ações ligadas à execução das atividades diárias.

Evidenciou-se nas entrevistas, que todos os enfermeiros que discordaram da pseudoparticipação procuram nos seus turnos de trabalho exercer a gerência participativa oportunizando espaços para os membros de suas equipes participarem das decisões. Essa prática de gerenciamento também é exercida por chefias que sofrem controle excessivo de seus superiores e não possuem espaço para poder estar decidindo em outras instâncias da enfermagem. Isso comprovou-se nas declarações do nível médio e nível superior que relatam colaborar nas decisões. Outros explicitam trabalhar em setor democrático devido ao estilo gerencial da chefia, confirmando a afirmação de Mendonça (1987) que a gerência participativa está ligada a personalidade, ao estilo do gerente.

No meu setor é “fifit-fifit”, a gente participa de tudo. Eu e minha chefia dividimos tudo. Tudo uma passa para a outra, tudo a gente decide em conjunto. Tudo a gente conversa, às vezes claro, a gente tem que decidir ali na hora, aí eu decido, ela decide, a gente troca (Fofa, NS).

A gente no trabalho sabe das coisas, então tu dá uma opinião, outra dá a sua e a gente vê qual é a melhor. Participo sempre quando me perguntam ou, quando eu acho que devo opinar, já dei opiniões que foram aceitas (Rosa, NM).

Existe “enes” situações, quando existe um problema eu procuro as pessoas para avaliarem se minha decisão ou a minha solução está correta, então tem pessoas com várias interpretações diferentes, [...] nunca tomo uma decisão sem questionar para ver se ela está correta, ta coerente. Nunca levo um problema sem ter a sugestão de solução (Daniel, NM).

Os trabalhadores enfatizam sua participação direta nas tomadas de decisões, nas questões relacionadas com o nível das atividades rotineiras de

cada unidade. É importante destacar que a participação direta depende da vontade do indivíduo, porque “implica na adesão voluntária a objetivos que lhe são propostos por elementos de autoridade, podendo levar a uma ação, no entanto não distribui o poder, mas sim, o sentimento de estar engajado em uma obra ou ação entusiasmante” (MENDONÇA, 1987, p. 52).

É a interação na rotina, no todo. A pessoa para isso precisa estar interessada e participar, não sendo assim: ah, eu estou aqui só para limpar o paciente e se quiser eu faço e se não fizer, no fim do mês o meu dinheiro está aí mesmo (Daniel, NM).

Porém, esse espaço conquistado pelos trabalhadores é de suma importância mesmo que a participação concentre-se mais no nível das atividades rotineiras. Nem sempre se inicia o processo de participação pela co-gestão, principalmente se os trabalhadores não estão acostumados a participar, como foi evidenciado nas entrevistas.

Persiste em muitas unidades de trabalho da enfermagem do HU a predominância das decisões de cima para baixo, mantendo o estilo paternalista, em que os trabalhadores esperam receber tudo pronto; as normas e regras da Direção de Enfermagem e da própria instituição são formuladas, mas nem sempre são cumpridas, pois não se desenvolveu o que muitos autores chamam de responsabilidade social; a enfermagem ainda não está organizada no todo, existindo muitos manejos conforme o sistema de interesses; não há limite de tempo para ocupação nos cargos, sendo que as mesmas pessoas permanecem por longos períodos sem encontrar resistência dos trabalhadores. Todos esses tópicos evidenciados nas falas dos trabalhadores são conseqüências da falta de aprendizagem da participação. Por esse motivo, para a nova democracia participativa que a instituição pretende, é fundamental que a prática da participação seja inicialmente exercida de forma modesta, pois assim os sujeitos trabalhadores estarão passando pelo processo de aprendizagem da microparticipação. Bordenave (1994) já afirmava que não se ensina a participar, se aprende participando e que a melhor forma de aprender é iniciá-la em pequenos grupos sociais, porque é nesses, que a práxis participativa e a educação para a participação se desenvolve e se amplia.

Por outro lado, os sujeitos trabalhadores explicitaram que também

influenciam ou determinam certas decisões organizacionais coletivamente. Sob esta ótica a participação é classificada como **indireta**, podendo ser desenvolvida em diversos níveis e está relacionada com o sistema de governabilidade da Direção e em muitos casos as decisões são tomadas por meio de representantes (MENDONÇA, 1987; MOTTA, 1994). A DE possui alguns espaços formais para esta participação: Assembléia geral (conquista dos trabalhadores de enfermagem), Conselho Administrativo, Colegiado de Chefias e Comissões Permanentes e Planejamento Estratégico Participativo.

Com relação a estes espaços formais, os sujeitos trabalhadores com tempo de serviço na DE menor que três anos relatam não conhecê-los; alguns conhecem parte e outros conhecem todos os espaços. Frente a essa desinformação fez-se necessário situá-los quanto aos espaços existentes na DE/HU. É importante se salientar que os trabalhadores que conhecem os espaços participaram do processo de criação dos mesmos ou exerceram cargo de chefia, ou ainda, exerceram representação nestes espaços. Para os demais, não houve a orientação sobre a organização do trabalho na enfermagem o que impede dos mesmos em participar mesmo que indiretamente.

Tem a comissão de ética e de material (Pupi, NM).

Não conheço nenhum espaço de participação (Daniel, NM).

CPMA e a comissão de revisão do manual. Não conheço outra (Beija-flor, NS).

Não conheço. Ah, foi falado no POI, a CPMA falou sobre o parecer e a CEEEn estava lá também com alguns dos representantes, mas eu não me lembro (Margarida, NM).

Temos as reuniões de colegiado, a CEPEn, a CPMA, a CEEEn, o planejamento estratégico da DE (Joaninha, NS).

O CADE, o colegiado, o CPMA, CEPEn e a CEEEn. Temos a eleição que é um grande espaço de participação, não sei se a mais democrática, mais é um espaço de você expressar a tua vontade naquele momento (Borboleta, NS).

Para melhor entender-se o funcionamento dos espaços formais sob a luz dos trabalhadores, os mesmos serão analisados individualmente, seguindo a posição hierárquica de cada um. Cada espaço está previsto no Regimento Interno (RI) da DE, com exceção do planejamento participativo, sendo que cada comissão permanente possui seu regimento próprio, os quais foram aprovados,

igualmente o RI da DE em Assembléia Geral da Enfermagem.

Em relação à participação coletiva dos trabalhadores, a DE/HU possui na sua estrutura organizativa um espaço para macroparticipação denominado de **Assembléia Geral da Enfermagem**. Todos os trabalhadores de enfermagem lotados na DE/HU e professores do Departamento de Enfermagem/UFSC podem participar, desta instância máxima deliberativa e normativa das ações a serem desenvolvidas pela DE, e podem tomar decisões do interesse das categorias.

Quanto ao conhecimento desse espaço, os trabalhadores de enfermagem com menos de três anos de instituição desconhecem o mesmo, porém alguns consideram este espaço como sendo o mais democrático de decisão e ressaltam a importância de lideranças neste momento. Já os trabalhadores mais antigos não só reconhecem esse espaço, como referem ser o mais importante em termos de participação efetiva, porém relatam que não lembram mais da assembléia pelo fato da mesma não ter sido convocada há muitos anos e criticam esse procedimento também, demonstram insatisfação com o pouco quorum deliberativo e alguns enfatizam ser também um espaço verticalizado.

Não conheço e não fui informada sobre ela. Aliás, eu nunca tive oportunidade de participar de uma assembléia, o que sei sobre isso é o que vejo na TV, porém acredito ser a forma mais democrática de decisão. Pois, todos podem colocar suas visões e é nessa hora que precisamos de liderança com conhecimentos mesmo, para se conseguir colocar as coisas, nesse momento é fundamental ter líderes com excelente oratória (Beija-flor, NS).

Ah, temos a assembléia, mas faz muito tempo que não tem. Quando tem, não podemos participar por que não podemos sair do nosso serviço (Bolinha, NM).

Ah, lembrei – temos a assembléia, eu nunca mais vi uma, por isso eu esqueci da existência. Eu acho essencial a assembléia, na direção retrasada a Diretora nos deu um tema bem interessante para nós discutirmos sobre a categoria do nível médio, que era sobre as liberações para cursos de longa duração. Nós fizemos uma comissão, estudamos, discutimos e conseguimos aprovar na assembléia (Avai, NM).

Agora vai ter uma assembléia quando estiver o documento pronto para liberação para curso, infelizmente quando tem não é todo mundo que participa. Mas eu acho o ideal, é a mais democrática. Claro que dá briga, discussões, pois vai ter sempre opiniões divergentes, mas vai ter que prevalecer uma idéia. A assembléia é chamada quando existe uma necessidade de decisão grupal, mas tem regras que são impostas. Claro que tem coisas que tem que ser decidido, não compete a assembléia, mais tem outras que deveriam (Pupi, NM).

A assembléia vai ter uma agora em novembro para decidir sobre liberação. Oh, em oito anos que estou aqui lembro de apenas três assembléias, teria que ter mais, pois tem tanta coisa para os trabalhadores votar, tem tantos problemas que poderiam ser solucionados ali e às vezes a assembléia não é chamada, é decidido só entre os representantes, [...] os representantes decidem uma parte, [...] as vezes a voz do representante é pouco. Atualmente, eu acho que uma assembléia não vai ter quorum suficiente porque os servidores estão desanimados e não tem tempo para participar devido a quantidade de trabalho (Luz, NS).

Analisando-se as colocações dos sujeitos entrevistados e comparando com o Regimento Interno da DE, constata-se na Seção I - artigo 9º que a assembléia geral poderá ser ordinária – uma vez por ano e extraordinária – sempre que necessário e que poderá ser convocada pela maioria simples das chefias da DE ou, por maioria simples dos profissionais de enfermagem. Conforme as atas das assembléias, a primeira foi realizada no ano 1988 e a última foi no final de 2004. Apesar de existir no regimento a determinação anual de assembléia ordinária, este não foi cumprido no todo por algumas diretoras de enfermagem, pois segundo o livro de ata da assembléia, durante suas gestões (quatro anos) realizaram apenas uma assembléia, o que comprova em parte as declarações dos sujeitos trabalhadores. Entretanto, é importante informar que somente no ano de 2004, segundo o livro de atas, houve duas assembléias, sendo uma realizada pela diretora anterior para aprovação do RI da enfermagem e, a segunda foi realizada no final do mesmo ano pela nova direção para aprovação do planejamento estratégico, mas mesmo assim, os trabalhadores não citaram as mesmas. Desta forma, tem-se que se perguntar o porquê da não participação dos trabalhadores, pois houve divulgação por meio de convocação que foi entregue em todas as unidades de serviços. Será que existe dificuldade na participação, devido a sobrecarga de trabalho? Estariam os trabalhadores pouco motivados à participação? Entendem a Assembléia como um espaço legítimo de participação e como uma conquista dos trabalhadores?

Além destas, outros pontos de reflexão se fazem presentes, tais como: será que os assuntos tratados nas assembléias não estão sendo do interesse dos trabalhadores? Co-decidir sobre os objetivos, estabelecer estratégias por meio da elaboração de planos não é importante para os trabalhadores? Fica aqui a dúvida sobre o entendimento do que é participar das decisões para os trabalhadores. Há que se considerar que na atual gestão, a diretora de

enfermagem não só vem cumprindo com o regimento, como também, vem facilitando e canalizando a participação para a autogestão.

Por outro lado, negar a existência de assembléia pode ser uma forma de explicitar que estão faltando outras modalidades de participação indireta, que proporcionem uma discussão mais política sobre o trabalho e suas relações. Salienta-se que na estrutura organizativa da DE não há nenhum espaço formal efetivo com representação dos trabalhadores que possibilite discutir, debater, influenciar nas decisões que envolvam o processo de trabalho nas Unidades de Serviço ou entre elas.

Entretanto, não se pode excluir que esse descontentamento relatado nas falas pode também estar retratando o fraco ou inexistente papel dos representantes refletindo a necessidade de uma participação Autogestacionária por meio da assembléia, como forma de fazer desaparecer as relações de dominação de quaisquer origens. Porém, pode também estar refletindo uma ausência de participação direta em nível de posto de trabalho, em que as decisões sobre o processo de trabalho não estão sendo realizadas e controladas por eles.

Todavia, pelo fato de não haver possibilidades de todos estarem presentes nas assembléias, a representação exerce um papel fundamental na realimentação e, se essa não existe, o trabalhador não se sente informado, conseqüentemente não se sente participativo. Neste caso, é bom frisar-se que a representação aqui não se refere apenas aos representantes eleitos, mas sim, aos próprios trabalhadores que estiverem presentes nas assembléias e ajudaram a decidir. É importante, salientar-se que a participação indireta exige mecanismos de representação e esta deve ser escolhida democraticamente, cabe ao representante desempenhar seu papel e aos demais trabalhadores cobrarem o cumprimento do mesmo, bem como, reforçar a representação na busca de soluções ou inovações.

Contudo, se reforça, que é de fundamental importância os trabalhadores de enfermagem compreenderem a função de cada espaço formal de participação (Assembléia, Conselho, Colegiado, entre outros), assim poderão entender o significado e a importância dos tipos (direta, indireta) de participação, bem como, o tipo de controle que se exerce em cada uma.

De qualquer forma, essa explicitação dos trabalhadores faz surgir alguns

questionamentos:

- Até que ponto o regimento interno é conhecido e divulgado?
- Estão os trabalhadores de enfermagem muito acomodados aos seus postos de trabalho, não se envolvendo com as questões mais gerais da instituição ou da própria categoria?
- Esta passividade aparente pode estar relacionada ao modelo de gestão da enfermagem, que ainda sofre influências do modelo de administração clássico, com verticalização de cargos hierárquicos?

Buscando-se melhor entender estes questionamentos, se faz necessário recorrer a história da enfermagem do HU, que vem iniciando seu processo de abertura desde 1988 com a simples mudança de procedimentos. Alguns espaços foram provocados e organizados na sua estrutura formal para a participação, porém não houve uma instrumentalização que permitisse a mudança no modo de pensar e agir dos representantes e dos demais trabalhadores que implicasse no desenvolvimento da mentalidade participativa pela prática constante e refletida da participação. Aliados a isto, existem outros condicionantes da participação ligados tanto ao fator estrutura como a fatores psicossociais, que serão comentados na segunda categoria analítica.

É interessante salientar, que todos os trabalhadores identificaram todos os espaços formais existentes na DE, porém não reconhecem, com exceção da assembléia, estes como espaços de participação. Isto leva a inferir-se que estes espaços não estão sendo reconhecidos, porque os trabalhadores são apenas representados.

Estabelecendo-se um contraponto com o entendimento que os trabalhadores têm acerca da participação, ou seja, enquanto interação, integração, cooperação e decisão, estes se dão no dia a dia. Desta forma, ser representado não significa participar. Esta só é vista quando se dá por meio da assembléia, em que todos têm a possibilidade de participar, de estar presente, de emitir opinião, de votar, ou seja, de tomar decisão.

Por tudo isso, evidencia-se a dificuldade de incorporação do sentido de participação e a necessidade de se motivar o exercício da mesma nos locais de trabalho, não só a direta, mas sim, proporcionar a participação indireta, para que os trabalhadores, por meio da práxis, possam aprender a participar tornando-se cidadãos ativos. A participação mais ativa, como já mencionou-se,

será a base estrutural para que o trabalhador possa realmente intervir nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a estrutura diretiva da organização. O exercício da participação direta e principalmente indireta nas bases operacionais fará com que o trabalhador aprenda a exercer o seu direito de controle democrático sobre a base diretiva, pois segundo Demo (2001) poder sem controle significa poder desmandado.

A falta de entendimento, o fato de perceberem que participam de algumas decisões, mas não do controle de suas tarefas, a falta de espaços indiretos – co-gestão nas unidades impede uma maior participação na gestão do processo de trabalho e do aprendizado da participação. Estes fatos podem ser um dos motivos de desmotivação dos trabalhadores em participar das assembléias, como foi referido por alguns, e até mesmo uma forma de justificar a não participação por serem representados na assembléia somente por chefias, pois as mesmas, devido aos cargos, têm oportunidades maiores de participar. Pode-se entender nas colocações dos trabalhadores, como os mesmos não sabem exercer o controle democrático do poder em suas unidades, mesmo que seja apenas em nível da tarefa, acreditam ser perda de tempo participar da assembléia pelo mesmo motivo, usando como desculpas que os assuntos já vêm pré-arranjados e que a assembléia é uma forma de máscara, para simplesmente as chefias informarem o que já está estabelecido.

À luz desse referencial, pode-se ainda crer que, a forma isolada como vem trabalhando a enfermagem (cada qual no seu plantão, na sua unidade de serviço sem se envolver com os demais turnos de trabalho ou outros setores da instituição) está muito distante do sentido de participação definido pelos sujeitos pesquisados – integrar e interagir. O isolamento em seus pequenos espaços ou turnos de trabalho não permite fazer parte do todo da enfermagem, muito menos, permite um desenvolvimento social que compartilhe conhecimentos necessários à participação e como consequência disso a desmotivação, porque o trabalho fica sem sentido.

Segundo alguns dos trabalhadores pesquisados, a DE possui um Conselho Administrativo da Diretoria de Enfermagem (**CADÊ**). Conforme o RI na Seção III – Art. 16 - o Conselho Administrativo da Diretoria de Enfermagem é a segunda instância deliberativa e tem como finalidade deliberar e estabelecer preposições para o direcionamento gerencial da DE. É constituído pela Diretora

de Enfermagem, pelas Chefias de Divisões e pelos Coordenadores das Comissões Permanentes de Assessoria. O CADE realiza reuniões ordinárias mensalmente e reuniões extraordinárias quando convocado pela DE ou por seus membros, devendo constar de convocação e pauta de reunião. No Art. 17 – parágrafo terceiro, para efeito de legitimidade, as deliberações do CADE deverão ser fundamentadas na consulta prévia dos representantes aos seus pares, em reuniões ou assembléias setoriais. Salienta-se que o CADE não dispõe de livro ata, o que impossibilitou verificar a quantidade de reuniões. Porém, o cumprimento deste não foi evidenciado na prática, visto que o desconhecimento desta instância atinge trabalhadores com mais de dez anos de instituição. Os poucos que citaram essa instância como espaço de participação formal dentro da estrutura organizativa, foram enfermeiros, porém alguns desconhecem sua finalidade e o seu funcionamento e outros afirmam ser uma instância deliberativa não participativa. Salienta-se que nenhum trabalhador do nível médio sabia da existência do mesmo.

O CADE é um conselho que reúne as chefias de divisão, CEPEn, mas confesso [...] essas novas estruturas administrativas da DE eu não conheço, não sei como se reúnem, o que decidem, qual a função, o que fazem, pensam, eu não conheço (Joaninha, NS).

O CADE é uma reunião das chefias de divisão com a diretora. [...] eu gostaria de participar desse CADE também [...] acho que é uma reunião fechada, algumas coisas são decididas ali sim, entre aquelas pessoas e o que eles acham que são mais polêmicos elas jogam para o Colegiado. [...] reúnem toda semana e a gente não acompanha, não vê o que elas estão fazendo [...] as decisões chegam para mim prontas e eu tenho que acatar, seja ela boa ou ruim e muitas vezes são ruins. Por um lado é bom, por que é um grupo menor, estreita os laços, resolvem o problema melhor, mas a gente sabe que não temos espaço lá dentro para participar. Então elas decidem coisas por mim e eu não estou lá, eu acho que quando é decidido algo do meu interesse eu tenho que estar presente, para também decidir e não é isso que acontece (Luz, NS).

O CADE é um conselho consultivo (Borboleta, NS).

O que se percebe é que a intenção era criar um espaço consultivo ou cooperativo, de acordo com as finalidades contidas no RI, não possuindo poder de decisão e de controle, há uma influência na decisão que pode ou não ser acatada pela Direção. Porém, não é essa a percepção de alguns sujeitos trabalhadores, pois afirmam que no CADE os representantes decidem. Segundo a literatura, mesmo sendo apenas consultivo, esse espaço é entendido como

Comitê ou Conselho e necessita que os representantes consultem os trabalhadores (como prevê o RI/DE), mesmo que a decisão do caminho a ser seguido possa ficar sob a responsabilidade da direção (MENDONÇA, 1987; MOTTA, 1981, 2002). Porém, reitera-se que a consulta aos pares, segundo as falas dos trabalhadores, não acontece explicitamente, mas não podendo se afirmar de todo, pois a consulta pode estar atingindo apenas uma minoria, ou somente as chefias de serviços.

Neste tipo de conselho consultivo, sob a luz desse referencial, os autores aconselham que o mesmo seja constituído por trabalhadores de bases operacionais, o que não se percebe na estrutura da DE/HU/UFSC. Por outro lado, se faz necessário entender que, esta instância tem servido muito mais como uma base de apoio para as decisões da Diretora de Enfermagem, do que como consultoria para a tomada de decisão. Há de se ter em conta, que muitos problemas não dizem respeito à gestão do processo de trabalho e precisam ser resolvidos imediatamente, sem possibilidade de consulta às bases. Outros, são problemas administrativos, que cabem à DE, e o CADE auxilia na tomada de decisão, já que as chefias e assessorias têm um conhecimento amplo do dia a dia das unidades, dos problemas aí encontrados.

Acredita-se ser importante uma análise mais profunda para definir-se as diferenças entre esses espaços formais de participação e assim, tentar elucidar-se alguns pontos de confusão.

Sob a ótica do referencial teórico-metodológico, o CADE quando não consultivo somente, é modernamente chamado, visto a implantação da gestão participativa, de Conselho de Co-gestão – é uma instância de controle delegado sobre a diretoria (Direção, Chefias de Unidades), como também, tem o papel de canal de expressão do grupo. Tem caráter estrutural informal, possui um estatuto com regras de funcionamento diários ou periódicos, de reuniões gerais, entre outros. Tem, também, definido o número de conselheiros, periodicidade de mandato e definidos momentos próprios de eleição direta (para os trabalhadores escolherem seus pares) e indireta (indicação pela direção dos diretores). É importante aqui, refletir-se sobre as denúncias levantadas por analistas em relação a paridade dos membros (quando existe representantes dos trabalhadores operacionais), pois alguns julgam que esta paridade apregoada garante o veto de uma classe sobre a outra, implicando na manutenção e

preservação da filosofia capitalista – que é a vontade dos diretores. Por isso, os autores orientam que a co-gestão é um resultado de um lento processo de maturidade nas relações capital e trabalho e sua evolução é o caminho para a autogestão – horizonte de muitos neste novo século (MENDONÇA, 1987; MOTTA, 1981, 2002). Vale salientar-se que o Conselho Administrativo da Enfermagem da DE/HU mesmo sendo um órgão de apoio, possui quase todas as características apresentadas, somente diferencia-se na sua composição, em que não participam representantes operacionais.

É importante se fazer um destaque quanto ao grau de posicionamento desses espaços deliberativos dentro do RI da DE: primeiramente vem a Assembléia, como segunda instância o Colegiado de Chefias e por último o Conselho Administrativo. Salienta-se que essas instâncias formais não aparecem no organograma da DE, demonstrando sua informalidade (democracia), o que é importante para uma Gestão Participativa. Segundo Mendonça (1987) e Motta (2002), a disposição dos espaços formais deve seguir a sua importância deliberativa, sendo assim o posicionamento correto seria: Assembléia, Conselho e o Colegiado de Chefias. Acredita-se que a disposição inversa do Conselho no RI da DE está relacionada à sua função consultiva, o que torna o Colegiado de Chefias uma instancia de maior relevância. A orientação da literatura diz respeito ao Conselho de Co-gestão.

Outro espaço formal existente citado pelos entrevistados é o **Colegiado de Chefias** que, na Seção II, do Art. 14 do RI é a segunda instância deliberativa e tem como finalidade deliberar e estabelecer proposição para o direcionamento, exclusivamente gerencial da DE, em questões que repercutam em todo o órgão. É constituído por todas as chefias, diretorias, núcleos e por todos os coordenadores das Comissões Permanentes. São estabelecidas reuniões ordinárias mensais e extraordinárias quando convocado pela Diretora e/ou por seus membros. Salienta-se que as reuniões ordinárias, na prática, acontecem de 15/15 dias. Para a legitimidade das deliberações, as mesmas devem ser fundamentadas na consulta prévia dos representantes aos trabalhadores de enfermagem, em reuniões nos seus respectivos Serviços, Comissões e Núcleos.

Conforme analisou-se nas falas, todos os trabalhadores sabem da existência dessas reuniões, porém, desconhecem seu conteúdo e referem não serem consultados pelas chefias imediatas eleitas, mas que algumas chefias

repassam o que foi decidido nessas reuniões. Os entrevistados que já exerceram cargos de chefia ou exercem, referem pouco espaço vocal neste Colegiado em função da maioria das chefias serem “antigas” no HU e deterem maior conhecimento da instituição, não respeitando novas visões, principalmente quando vindas de enfermeiros recém admitidos (menos de 10 anos). Entendem que as reuniões, na sua maioria, não são produtivas, principalmente quando uma decisão vai interferir no sistema de interesses. Porém, alguns trabalhadores relatam uma evolução no gerenciamento quando o cargo de chefia imediata é exercido por enfermeiros mais novos na organização.

Fora a assembléia, as demais formas de participação são muito institucionais de chefia, então acaba sendo mais vertical não envolvendo o conjunto dos trabalhadores [...] o colegiado para ser sincera não sei como funciona (Joaninha, NS).

Não sei como funciona o Colegiado. Nas reuniões de colegiado deveria vir uma pauta com o que vai ser discutido, não ficamos sabendo de nada. A chefia sabe da pauta, ela comenta com a enfermeira mais chegada, ela vai lá capta todas as informações, dá a sua opinião, diz seus problemas da unidade e dois ou três sabem o que aconteceu lá e fica por isso aí (Daniel, NM).

Eu percebo assim, para a chefia chegar ao Colegiado com uma proposta, uma sugestão, todos os funcionários do setor têm que estar de acordo, só que não é assim, não se discute ela só comunica que agora é assim. A maioria das chefias se vê como representante apenas da direção (Esperança, NS).

No Colegiado o espaço para mim é pouco, particularmente para mim é cedido muito pouco. Infelizmente ainda existem grandes panelas, então eu sou nova no HU aí tu levas as coisas e às vezes nem chega aonde a gente quer que chegue. Às vezes a gente dá uma opinião, mas fica por isso mesmo, a opinião não é aceita, acho que é por eu não fazer parte daquela balada grande, por que tem muito disso aqui, a perpetuação e isso desmotiva a gente. Até porque, não estão no dia-a-dia com a gente, aí fica batendo na mesma tecla sem sair do lugar. É muita reunião que não chega a nenhum lugar. Nessas reuniões não se aborda os problemas de fato lá no fundo mesmo, ver se vai ter solução ou não. É complicado o modo como essas chefias trabalham, porque a gente vê de um lado as pessoas trabalhando de uma forma e a gente vê nas reuniões que elas não aceitam isso. Oh, foi discutido numa reunião a carga horária das chefias e nada foi decidido e por ali morreu (Luz, NS).

Pode-se concluir que estes dois espaços formais de participação pouco contribuem para mudar as relações de controle e supervisão do trabalho, pois não possuem caráter de representação da coletividade de trabalhadores.

Segundo Motta (1981, 2002) e Mendonça (1987), o Colegiado é um espaço coletivo interno organizado, cuja função é de operacionalizar a gestão

interna da direção ou de um serviço. É uma instância de controle delegado sobre a direção ou chefia de serviço quando possuem Conselhos de Co-gestão, tem atribuições executivas e algumas legislativas. Tem caráter duradouro, seu funcionamento é regular, com normas previamente acordadas e com certo número de representantes que são definidos por eleição e com periodicidade de mandato. Ao colegiado é destinado: *a comunicação* (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade); *a elaboração* (análise da escuta e das informações); *a tomada de decisão* (prioridades, projetos e contratos). Pode-se perceber que o RI, em relação à finalidade do Colegiado de Chefias, é correspondente com a literatura, com ressalvas a não existência de Colegiados nas Unidades de Serviços, o que oportunizaria a participação mais efetiva dos trabalhadores na gestão do processo de trabalho.

Com base no referencial teórico, acredita-se que o Colegiado pode ser composto somente por chefias, desde que existam outros Colegiados em instâncias hierárquicas da base, do contrário é necessário, para uma gestão participativa, ter representação dos trabalhadores de enfermagem de todos os níveis profissionais. Com base na literatura uma das funções primordiais do Colegiado, neste caso das chefias, é elaborar o planejamento estratégico participativo da Diretoria de Enfermagem, sendo que a função dos Colegiados de base ou de Serviços é elaborar estratégias para colocar em prática o planejamento da DE. A importância de uma organização participativa ter esses Colegiados bem estruturados está na necessidade de troca de informações constantes por meio dos representantes destes espaços, possibilitando um intercâmbio sobre a direção a seguir e mais agilidade nas decisões. A Assembléia, os Colegiados e o Conselho Consultivo Administrativo devem ser as engrenagens da Direção. É salutar alertar-se que, se não houver um bom sistema de informação e de comunicação, estes espaços formais de participação não funcionam, pois o processo decisório seria moroso (MENDONÇA, 1987; BORDENAVE, 1994; MOTTA, 2002).

Seguindo o significado real de participação, houve uma unidade de serviço de enfermagem que instituiu um Colegiado de Co-gestão, realizou um planejamento participativo, em que as pessoas foram instrumentalizadas para tal. Foi uma construção coletiva em que, os representantes estavam constantemente em contato com seus pares para que fossem obtidas as

informações para poder subsidiar a problematização da realidade, após o esboço do planejamento foi levado para uma assembléia geral setorial em que todos os trabalhadores coletivamente deliberaram sobre as prioridades e determinaram a execução dos trabalhos grupos tarefas, como descreveu um entrevistado.

A época da chefia passada existia o Conselho, onde eu fui representante do nível médio do meu turno, então participávamos das reuniões e depois nós os representantes nos juntávamos e passávamos as informações para os demais ou se havia algum problema para buscarmos a solução. Foi muito interessante esse trabalho, pois formamos também em assembléia do setor, aqueles grupos tarefas que desenvolviam muitos trabalhos [...] tínhamos retorno do pessoal [...] Tanto que isso nos estimulou e formamos a comissão do uniforme, então foi uma continuação, de uma iniciativa, o pessoal se motivou e foi para outra. [...] Na verdade a finalidade do conselho foi muito interessante, muitas coisas nós fizemos, poderia ter sido melhor se a gente conseguisse participar mais, mas foi uma época bem complicada, porque começou a chegar à segunda etapa dos novos funcionários, então ficou corrido aqui e o pessoal ainda estava se adaptando, não dava tempo para discutir (Marina, NM).

A mudança cultural pode surgir como resultado de uma abordagem indireta, que corresponde à implantação progressiva e negociada de um projeto gerencial que se apóie na democratização das estruturas de poder, no fortalecimento da comunicação interna, retroagindo sobre as regras do jogo organizacional e suas bases culturais, contribuindo para mudá-las (RIVERA, 2003).

Mendonça (1987) e Rivera (2003) afirmam que na gerencia participativa a liderança deve ser exercida eficazmente, para poder criar perspectivas potenciais e também, devem inspirar nos trabalhadores a vontade de mudar e introduzir novas filosofias e estratégias, mobilizando e enfocando as energias e os recursos existentes. Complementando, Rivera (2003, p. 204) afirma que a falta de lideranças transformadoras, que inovem as organizações “faz com que as mesmas concentrem suas energias nos instrumentos de gestão, criando muitas vezes, monstros burocráticos”. Para este autor o melhor caminho é a comunicação como forma de argumentação da visão e dos atos do líder. A comunicação, o compartilhamento de informações, são elementos integradores de práticas e de novos comportamentos na gestão.

Para Ciampone (1991) toda a decisão envolve fenômenos individuais e

sociais, baseados em premissas de fatos e valores, inclui a escolha de um comportamento, dentre uma ou mais alternativas, por isso a informação constante é uma ferramenta essencial para processos participativos.

Sem comunicação, informação não pode existir a participação, como bem afirmou Bordenave (1994), porém como se vem percebendo nas entrevistas, esse é um dos maiores problemas da enfermagem do HU, pois não há informações qualitativas pertinentes sobre os problemas, os recursos, entre outros, não há canais de consultas, mesmo existindo representantes e, não há canais de reivindicação e de protesto. Sem esses processos comunicativos não poderá existir uma gestão participativa e, esses canais precisam estar visíveis, de fácil acesso, de contato constante e seus limites claramente definidos.

Acho que se a gente não fosse seguir a hierarquia a coisa funcionaria melhor, por que tudo se perde pelo caminho e não chega onde deveria. Às vezes minha reivindicação que eu passo, quando chega à direção não é mais a mesma. Se eu tivesse o acesso de ir direto a direção e colocar aquilo que estou pensando ou que eu gostaria que fosse mudada ou a minha sugestão, de repente a coisa acontecesse (Girassol, NS).

Segundo as observações de Bordenave (1994) uma organização democrática aberta realmente para a participação necessita informar corretamente, ouvir cuidadosamente e consultar ativamente o trabalhador. Outro ponto significativo para a participação no processo decisório é o conhecimento da realidade, para que o trabalhador saiba como agir para transformá-la. Isso inclui o conhecimento do grupo em si e o coletivo.

Sendo assim, esses instrumentos vão ser à base da participação na decisão e está será concretizada por meio do **Planejamento Estratégico Participativo**, que foi instituído pela nova diretoria da DE, sendo considerado por alguns dos entrevistados, como o maior espaço de participação até o momento. Porém, segundo os mesmos, muitos entraves aconteceram, com isso, não se atingiu a expectativa esperada, pois não houve informações, não houve um aprendizado sobre como fazer um planejamento e ninguém estava acostumado a fazê-lo. Mesmo assim, os entrevistados se colocam a favor do mesmo e afirmam que, independente das dificuldades, valeu a iniciativa da Diretora e confirmam que é este o caminho.

O planejamento participativo que foi desenvolvido agora, para mim esse é o espaço maior que eu percebo de participação das unidades, por que você acompanha desde a concepção até a execução (Borboleta, NS).

Ano passado se construiu o planejamento estratégico da DE, acho que foi uma iniciativa interessante de tentar envolver as pessoas de todas as unidades para pensar a enfermagem do HU. Teve setores que foram melhores, outros piores, aqui no meu setor foi muito ruim a participação das pessoas, acabou não tendo representação, digamos assim, pessoas que fossem lá discutir as coisas que a gente pensou para o conjunto da enfermagem, mas eu acho que foi por um problema, dificuldades do pessoal do próprio serviço de se organizar e estar motivado para isso (Joaninha, NS).

Houve agora um planejamento na minha unidade com a participação de uma pessoa de cada turno de trabalho, onde se reuniram várias vezes (Pupi, NM).

Por outro lado, alguns entrevistados não tiveram conhecimento e não participaram de sua construção e outros, explicitaram que auxiliaram na sua construção, porém não tiveram nenhum retorno posterior. Entendem, também, que a dificuldade esteve ligada a própria motivação dos trabalhadores. Pode-se perceber que o planejamento apresentou várias formas de concepção em cada unidade, sendo que umas fizeram uso de representantes por turno, outras dividiram as tarefas entre as categorias.

Eu não sei sobre o planejamento, não conheço (Daniel, NM).

Recentemente nós fizemos um planejamento do nosso setor, mandamos para a nossa Divisão e até agora não houve retorno, nem para vermos o planejamento final da Divisão (Esperança, NS).

Tivemos um planejamento, mas aqui ninguém sabia fazer, simplesmente jogaram a peteca, mas não tínhamos a teoria de base. Para levantar os problemas foi fácil, sentamos com os técnicos/auxiliares e levantamos e daí, o que fazer? Porque o planejamento tem toda uma base científica. Então na época tínhamos uma enfermeira que usou o planejamento na conclusão da especialização e foi o que nos ajudou. A montagem ficou mais com os enfermeiros, os técnicos fizeram o levantamento dos dados. Mas atualmente o planejamento está parado, por que não dá tempo de fazer o que tínhamos planejado. Para executá-lo precisaríamos de mais gente, por que teremos mais serviço. Mas foi boa a iniciativa, é difícil a gente aceitar as mudanças. Acho que é o início mais ele está engavetado (Luz, NS).

O planejamento participativo pode ser um instrumento motivador das pessoas para a participação se for bem desenvolvido dentro dos moldes participativo. O ser humano, como já explicitou-se, possui necessidades, como o

pensamento reflexivo, a auto-avaliação, a auto-expressão, sendo assim, se os trabalhadores coletivamente ou por representação efetiva participarem do planejamento desde sua concepção até a sua avaliação, estarão satisfazendo essas necessidades e desenvolvendo harmonicamente a sua personalidade integral. Sendo assim, o planejamento construído pela DE foi diferenciado nas diversas unidades de serviço, em algumas foi verticalizado e em outras, separando o trabalho intelectual do manual, não envolvendo os trabalhadores em todas as etapas de sua construção. Este fato irá repercutir na sua execução negativamente, pois os trabalhadores não se sentirão proprietários do planejamento e conseqüentemente não se sentirão co-responsáveis pela sua execução, muito menos pelo seu fracasso ou sucesso.

Demo (2001) afirma a necessidade de instrumentalização para que as pessoas possam concebê-lo efetivamente. Com base no autor, ao analisar-se a explicitação de que não houve uma instrumentalização para que as unidades pudessem elaborar o planejamento, percebe-se uma contradição quando recorre-se aos documentos da DE. Inicialmente a DE, com assessoria do GAI (Grupo de Apoio Institucional), realizou oficinas acerca de elaboração de planejamento estratégico para todas as chefias de enfermagem, bem como definiu assessores para darem suporte a cada uma das divisões (incluindo os serviços) e um cronograma, visando estabelecer datas para o cumprimento de cada etapa a ser implementada: planejamento dos serviços, das divisões e da DE.

Salienta-se que nas oficinas foram trabalhados conceitos básicos que compõe o planejamento, as suas etapas, bem como, foram realizados exercícios com as chefias no sentido de compor o mesmo. Após essa instrumentalização, cada serviço estabeleceu sua própria metodologia para a elaboração do planejamento. Esta liberdade oportunizou diferentes formas de elaboração, conforme foi explicitado nas falas, por conseguinte, em alguns serviços não oportunizou o envolvimento os trabalhadores.

Quanto ao planejamento das divisões e da DE, segundo o documento, o mesmo foi realizado por um grupo de representantes formado por profissionais de nível superior e nível médio, que deveriam divulgar o que estava sendo produzido e posteriormente, discutir a proposta de planejamento em reuniões de serviço, porém nem todo o representante oportunizou essas etapas aos trabalhadores em suas unidades. Essas dificuldades refletem o despreparo dos sujeitos representantes em

perceberem sua função, uma clara inexistência de canais de informação, a falta de habilidades interpessoais no trabalho conjunto, bem como, a falta de habilidades relacionadas à tarefa, visto que a enfermagem não possui o hábito de realizar planejamento de suas atividades. Consequentemente, esses condicionantes impediram um resultado produtivo em alguns setores, pois se pode evidenciar que algumas chefias encontraram dificuldades para construírem o planejamento em suas unidades de serviço. Também se ressalta a dificuldade de entendimento da finalidade do planejamento, visto que um entrevistado relatou não ter condições de executá-lo, pois precisará de mais funcionários e que o mesmo está engavetado.

O planejamento nada mais é do que uma série de passos que irão influenciar na realidade para transformá-la, para isso é necessário lançar mão de recursos racionais como forma de contribuição. O que não pode é simplesmente, por falta de instrumentos científicos para a sua construção, o planejamento significar abandonar a intervenção na realidade, pois esses conhecimentos quando procurados, contribuirão para se buscar outros modos alternativos de intervir na realidade.

Contudo, não foi possível um maior entendimento em relação a afirmação de que não houve instrumentalização. Este fato permitiu alguns questionamentos: todas as chefias participaram do treinamento? Se não, por que não participaram? Porém, se houve participação de todas, faltou então melhor assimilação do conteúdo? Se essa dificuldade existiu, por que não solicitaram apoio dos profissionais assessores?

Esses questionamentos partem do entendimento de que o planejamento estratégico participativo foi uma proposta amplamente discutida durante o processo eleitoral e aceita pelos sujeitos trabalhadores no momento que elegeram a atual Diretora. Portanto, a DE vem implementando suas propostas e para tanto, viabiliza ações mobilizando e definindo o seu público alvo: as chefias, pois estas são líderes formais em decorrência de sua posição hierárquica, portanto necessitam ser capacitadas, para posteriormente auxiliar os demais sujeitos trabalhadores na compreensão da atividade. Mesmo assim, evidencia-se uma negação da existência de instrumentalização e esta pode ser entendida como uma força restritiva ao nível de atividade. As forças restritivas, conforme Moscovici (2003, p. 139), são “elementos ativos que se conjugam para baixar o nível de atividade”. Essas forças podem estar associadas a fatores individuais, grupais e organizacionais, sendo que

esses fatores atuam em diversas direções e com intensidades variáveis. Sendo assim, pode-se pensar que negar (mecanismo de defesa) a existência de treinamento foi uma maneira subjetiva contraditória de manifestar que as expectativas de demanda individual não foram correspondidas.

Mesmo com alguns condicionantes associados a fatores psicossociais, a DE, com o planejamento, provocou um avanço importante na caminhada à participação. Além de ter proporcionado pensar o cotidiano, buscou novas formas de enfrentamento das adversidades, revitalizando a construção coletiva como uma forma de fortalecer a profissão. Além disso, viabilizou aos sujeitos trabalhadores que se envolveram no processo um aprendizado na prática da participação.

Ainda em relação à forma como o planejamento foi desenvolvido, essencialmente no que concernem as diferentes estratégias utilizadas na condução de sua elaboração, reitera-se a necessidade de envolvimento dos trabalhadores, não somente como forma de motivar a subjetividade, mas também, como forma de gerar clima de confiança, respeito e afeição.

É importante que o nível médio seja envolvido, por que se for somente o nível superior parece uma coisa assim, eu vou falar a verdade, nós do nível médio temos muito preconceito quando vemos uma comissão ou reunião só de enfermeiros. Porque, fica assim, eles estão mandando, ficam lá em cima e a gente aqui em baixo. E não deve ser assim, tem que ter o nível médio participando, porque, quando tem, até as pessoas se interessam mais, isso a gente vê em outras situações (Marina, NM).

Com essa manifestação acerca da necessidade de envolver o nível médio identifica-se a presença ainda da divisão social do trabalho na organização do trabalho por parte de alguns chefes. A opção por não envolver os trabalhadores só reforça a autoridade gerencial do chefe e, por conseguinte, impulsionará o surgimento de forças restritivas. Essas forças agirão como mecanismo de defesa e podem ser manifestadas por meio da não valorização do planejamento, o que dificultará o seu desenvolvimento. Corroborando, Demo (2001) afirma que o planejamento não pode ter propensão somente tecnocrática – divisão entre pensar e fazer. Segundo o autor, essa divisão se manifesta na posição do poder técnico, no sentido de influenciar construções de planos e programas, formas de avaliação e acompanhamentos, em nome das chefias e ao mesmo tempo, estereotipa o modo de conceber e realizar as políticas sociais, prevalecendo o assistencialismo e o controle social.

Relacionar essa forma dominadora de conceber o planejamento ao perfil pessoal da chefia, seria simplista demais. Pensa-se que essa forma ainda engessada de elaborar o planejamento (organizar o trabalho) seja reflexo também, dos fundamentos tayloristas, das formas fayolistas que impõe restrições nas relações. Negar aos profissionais de nível médio o direito de compartilhar saberes e poderes, de manifestar sua subjetividade, além de favorecer o fortalecimento dos conflitos inerentes nas relações sociais, também impede que este nível profissional desenvolva e pratique habilidades necessárias para uma Gestão Participativa (MOTTA, 2002; GELBCKE, 2002; MOSCOVICI, 2003).

De qualquer forma, a finalidade do planejamento participativo, no caso da enfermagem do HU, olhando-se o pano de fundo tradicional, procurou não a mudança do sistema, mas sim, propor mudança dentro do sistema, no momento em que se propiciou a participação de todos os sujeitos trabalhadores, independente do nível profissional. Pensa-se que a enfermagem não poderia esperar que o primeiro contato com a prática do planejamento ocorresse sem problemas. Porém, acredita-se que essa prática inicial oportuniza um processo de amadurecimento do sistema, porque sem amadurecimento não há transformação. Por conseguinte, sem o processo inicial de formação crítica e auto-crítica dos trabalhadores, chefias e diretores sobre a realidade, não haverá planejamento participativo para mudança, ao contrário, estarão planejando para não mudar (DEMO, 2001).

Além desses espaços deliberativos, a DE possui **Comissões Permanentes** e Temporárias. As comissões Temporárias são designadas pela DE, por tempo determinado, para atuarem em situações específicas, geralmente são de estudos. Quanto as permanentes, são órgãos de assessoramento e a DE possui três Comissões: Ética de Enfermagem (CEEn), de Materiais de Assistência (CPMA) e de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEEn). Do mesmo modo, esses espaços serão analisados individualmente, para facilitar a compreensão.

Comissão Permanente de Materiais de Assistência: em relação a essa comissão, os sujeitos trabalhadores entrevistados na sua maioria entendem esta como sendo um espaço de participação, mas comentam que, pelo fato de ter sido mantida a mesma coordenação, não é possível fazer uma análise mais concreta quanto à possibilidade de participação. Também há manifestações de

que este não é um espaço de participação por abranger apenas questões puramente de administração. Mas, do mesmo modo, não sabem como funciona, porém verbalizam que é uma comissão responsável pela compra de material, por fazer licitações e por garantir a qualidade dos mesmos. Igualmente, os sujeitos pesquisados entendem ser importante a existência da mesma para a instituição, mas verbalizam a contrariedade de sua composição.

A CPMA não tem representante do nível médio, na verdade quem usa esse material, teria que ter uma pessoa de cada divisão, pois são materiais muito específicos. Porém, não posso dizer muito, porque nunca entrei, nunca participei desse fórum (Borboleta, NS).

A CPMA com esses materiais assim, acho que eles fazem um trabalho bom, eles se preocupam muito com as condições dos materiais, tão sempre em contato, nós já fizemos avaliações de materiais aqui que não estavam legais e foi prontamente substituído. Se essa é a função deles, está sendo bem cumprida (Margarida, NM).

Na CPMA somente uma pessoa coordenou até agora, então não dá para dizer que houve momentos mais ou menos participativos, Uma das coisas participativas é a distribuição do material, os pareceres dos materiais, mas nem sempre a gente fica sabendo do resultado dos pareceres, se outras unidades aprovaram ou reprovaram, não temos uma comunicação interna, acho que nesse ponto não é participativo (Lua, NS).

A CPMA não é uma instância de representação política, ela é uma instância de organização do trabalho, do ponto de vista administrativo, então ainda vejo muito voltada para as chefias mesmo, porque tem uma questão administrativa operacional de encaminhamentos que tem uma linha de hierarquia. A CPMA quando trata de administração de material, do ponto de vista administrativo acho que foi fundamental, acho que foi um grande avanço pensar nessa estrutura de forma permanente que é tão importante para o nosso trabalho. A CPMA teve alguns avanços quando a gente pensa que hoje, nós temos um espaço padronizado no nosso setor, previsão do que a gente gasta que é uma coisa mais tranqüila, pois qualquer pessoa agora da enfermagem pode fazer o levantamento do material necessário, não precisa ser o enfermeiro. Penso que essa comissão deve ter um papel bem maior nas unidades de internação, porque tem um consumo de material superior ao nosso. Percebo uma diferença, num sentido de garantir um material necessário para nós e de qualidade e otimizar inclusive por uma questão de custo mesmo, que acho fundamental a gente ter (Joaninha, NS).

A CPMA possui um RI, no qual está discriminada a sua organização: finalidade, objetivos, competências, atribuições dos membros, bem como do coordenador, orientações quanto ao fluxograma do material e da sua organização. Quanto a sua composição, a CPMA é constituída por 01 enfermeiro do HU, 01 enfermeiro docente do Departamento de Enfermagem da

UFSC, por 04 representantes do nível médio, sendo 01 de cada divisão e por 01 secretária. Os seus membros são selecionados pela DE para um período de quatro anos.

Ao analisar-se o RI da CPMA e compará-lo com as falas dos entrevistados, percebe-se que os mesmos não têm conhecimento na íntegra do funcionamento desta comissão. Isso se dá, em virtude da falta de informações sobre a estrutura da instituição quando da incorporação do trabalhador, também, pela não divulgação do documento para as unidades e ainda, pela passividade ou, até mesmo, falta de iniciativa dos trabalhadores em buscar informações. Esta deficiência e mesmo a falta de informação permeia toda a estrutura da enfermagem, sendo este possivelmente reflexo da gerência científica ou das pessoas que relutam a mudar por receio de perder o poder.

Outro fato que se necessita evidenciar, é que esta deficiência de informações é maior nos trabalhadores com menos de 10 anos, sendo que para a maioria deles é o seu primeiro emprego. Além disso, estão, na sua maioria, no estágio probatório, o que pode ocasionar insegurança em lutarem pelo direito à informação e até mesmo receio ocasionado por posturas autoritárias e algumas vezes coercivas de algumas chefias. Estes fatos acarretam problemas no próprio processo de trabalho, visto que as orientações contidas no RI são de fundamental importância, não somente para agilizar o processo de decisão, bem como, o conhecimento evita pré-julgamentos errôneos, e ainda, aumenta a valorização do trabalhador em relação ao próprio trabalho nessas instâncias formais.

Há de se salientar, no entanto, que os funcionários recém admitidos passam pelo Programa de Orientação Introdutório, que aborda as Comissões Permanentes. Questiona-se porque não apreendem tais informações, se pelo excesso delas num mesmo momento ou porque a forma de repassar as informações não está sendo clara.

Igualmente, em relação a sua composição é fato o desconhecimento por parte dos entrevistados, visto que ressaltam a necessidade de haver trabalhador do nível médio de cada divisão, porém essa previsão consta no RI, somente não foi colocada em prática, mas os trabalhadores acreditam ser apenas uma vaga, ressaltando de fato o desconhecimento. A preocupação dos trabalhadores deveria estar na busca do entendimento do porque da vacância dessas vagas, o

que pode estar ligado ao desinteresse dos próprios trabalhadores, até por não reconhecerem a importância da comissão ou por não acreditarem que este espaço permitirá a participação nas decisões; por não quererem se envolver no processo devido à responsabilidade; por não contarem com incentivo das equipes e chefias quanto à liberação do trabalho para participar das reuniões e, mesmo por falta de divulgação do processo.

Outro fato, é que os trabalhadores conhecem essa comissão somente por meio dos pareceres de materiais que eventualmente fazem, mas é importante ser salientado que não é somente esse o objetivo da comissão, dentre os oito objetivos está: planejar ações educativas que facilitem a reflexão, sensibilizando os profissionais para o desenvolvimento efetivo nas etapas de aquisição, organização e uso racional dos materiais. O que aparenta nas entrevistas é que essa comissão só faz parecer dos materiais, visto ser essa a que mais aparece, reafirmando o desconhecimento por parte da maioria dos trabalhadores e a necessidade desta comissão em realizar ações educativas.

Contudo, novamente emerge o problema da informação, sendo que o desconhecimento impede do ponto de vista do sujeito trabalhador, acompanhar o trabalho dessa comissão e até solicitar que sejam cumpridos outros objetivos. Do ponto de vista organizacional, impede o desenvolvimento coletivo, o alcance dos objetivos da própria DE pelo não cumprimento dos deveres dessa comissão.

Enfim, reafirma-se a dúvida acerca dessa comissão ser um espaço de participação, pois a mesma quase não foi citada nas entrevistas principalmente pelo nível médio, talvez pela inexistência de representação dos mesmos. Salienta-se, também, que não houve uma maior contribuição dos trabalhadores para esta comissão, o que pode sugerir que a mesma esteja funcionando a contento ou apresentar essa questão, como reflexo da inexistência de representante.

Os sujeitos trabalhadores apenas ressaltaram a necessidade de reorganizar a composição desta comissão conforme o que está previsto em seu RI, isto é, um representante de nível médio de cada Divisão.

Pensa-se ser necessário também, maior divulgação das atividades dessa comissão e da sua finalidade, haja visto as desinformações existentes na enfermagem, bem como, propiciar ações educativas como forma de otimizar o

uso e guarda dos materiais. Acredita-se que essas ações ampliariam a visão dos sujeitos trabalhadores em relação à sua finalidade.

Comissão de Ética de Enfermagem: quanto a esta os sujeitos pesquisados demonstraram preocupação com o funcionamento da mesma, sendo esta a única comissão em que os representantes são escolhidos por seus pares, por meio de um processo eleitoral e, também, é a única que, por exigência do Conselho Regional de Enfermagem (COREn) possui representantes de todos os níveis profissionais da enfermagem e proporciona a paridade dos membros.

Em relação a essa comissão, os trabalhadores entendem que devido sua estruturação no momento consideram-na tímida, adormecida. Ressaltam, também, haver dois pesos e duas medidas na estruturação das comissões por parte da DE. Acreditam que os profissionais de enfermagem atribuem pouco valor a essa comissão. Novamente, colocam desconhecer a real função dessa comissão e enfatizam a distância desta dos demais trabalhadores. Por esse motivo não a consideram com muito espaço para a participação, ao mesmo tempo em que a reconhecem como tendo uma possibilidade maior de participação, mas vislumbram a necessidade dessa comissão em discutir outros assuntos éticos, além do código profissional, que permeiam a profissão e as relações.

A CEEEn é muito importante, as pessoas que trabalham na comissão se esforçam muito, acho que é uma coisa que deveria ser mais divulgada, estimulada. A maioria dos funcionários não conhecem o código de ética, só sabem que tem direitos, tem gente que nunca pegou o código de ética na mão. Então, a função primordial dessa comissão é a orientação, então precisa divulgar o código. Porém, as pessoas que estão lá, estão trabalhando com bastante dificuldade, a gente percebe que não são muitas pessoas que se dispõem a ir para a comissão, tem gente com dificuldade de horário, o número de pessoas na comissão não é muito grande (Fofa, NS).

Tivemos uma situação bem delicada aqui há uma semana atrás e talvez fosse interessante que o pessoal da CEEEn entrasse e não foi feito nada. Talvez se eles viessem mais nas unidades. Às vezes nem sabemos como funciona as coisas, nós somente escutamos falar sobre a comissão de ética da medicina, da enfermagem a gente nem escuta falar (Marina, NM).

Não conheço as atribuições do CEEEn (Girassol, NS).

Eu conheço o CEEEn por meio da nossa representante que é daqui do meu setor (Rosa, NM).

Diante dessas falas se evidencia algumas dificuldades: o primeiro está ligado à falta de informação sobre o funcionamento desta comissão, porém quem a conhece, a procura e relata ser recebido e atendido, conforme esta fala: *“A CEEEn se a gente chega lá eles nos atendem, nos orientam”* (Avai, NM). O segundo está na disposição dos próprios trabalhadores em buscar as informações, em questionar as chefias, novamente o paternalismo presente, cultuando que tem que vir de cima; o terceiro está na dificuldade de divulgação efetiva, quer das comissões, quer dos espaços de participação possíveis. O quarto seria o questionamento em relação ao entendimento do papel dos representantes dessas comissões e dos representados que não estão exercendo os mesmos. A última evidência consiste no interesse das chefias em consultar as equipes sobre as necessidades, porque, segundo um entrevistado, na sua unidade em que, o gerenciamento é mais participativo, a chefia procura desenvolver discussões de interesse dos trabalhadores e busca nas Comissões o auxílio para desenvolvê-lo.

[...] nossa última reunião do setor veio a coordenadora da CEEEn falar sobre ética, porque é assim, nossa chefia sempre pergunta se gostaríamos de discutir algum assunto (Sol, NM).

A Comissão de Ética, assim como as demais, também possui um RI bem organizado. No seu Art. 2º, é colocado que a comissão é um órgão representativo do COREN/SC nas questões éticas profissionais e um órgão assessor da DE, cujas finalidades são: educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de: assistência, ensino, pesquisa e administração, conforme o Art. 3º. Ela foi criada por decisão da Assembléia Geral da categoria de enfermagem, no ano de 1997, e homologada pela plenária do COREN/SC. A CEEEn possui vários objetivos, entre eles divulgar e promover atividades que visem a interpretação do código de ética. É constituída por 02 enfermeiros, 02 técnicos e 02 auxiliares de enfermagem como membros efetivos, com seus respectivos suplentes. O mandato é de 04 anos, sendo que a cada 02 anos 50% dos membros são renovados. Cada Divisão deve indicar no mínimo um candidato por nível profissional para a eleição dos membros. No Art. 47, das disposições gerais, a DE garantirá as condições necessárias para o

desenvolvimento da CEEn.

Ao se analisar o RI desta comissão, percebe-se que o mesmo contém todas as explicações necessárias para o seu funcionamento geral, não é confuso, não se contrapõe a uma gestão participativa, contemplando inclusive o que alguns autores recomendam para o rodízio dos membros. Ao se comparar essa comissão que também, tem uma finalidade importantíssima, com as demais, irá perceber-se diferenças, que além de reforçar as desigualdades estruturais, também colocam em risco o funcionamento e o alcance dos objetivos traçados no seu RI.

Frente a isto e, também, como forma de igualar seu funcionamento às demais comissões, os trabalhadores ressaltam ser emergente estruturar esta comissão: ter um enfermeiro com dedicação exclusiva, visto a quantidade de temas e atividades que podem ser desenvolvidas; outro ponto sugerido é o redimensionamento da composição, pois os trabalhadores consideram o número de membros insuficiente para atuação e reforçam que as atividades não vêm sendo desenvolvidas, não por falta de demanda, mas sim, por esses problemas estruturais.

[...] pelo número de profissionais deveria ter uma comissão estruturada como é o CEPEn [...] são poucas pessoas trabalhando [...] pronta para receber as pessoas, para orientar, para fazer cursos, discutir o código, um caso (Fofa, NS).

É importante ressaltar-se, que os membros desta comissão para poderem realizar os objetivos necessitam inicialmente se instrumentalizar, visto que o assunto sobre ética é complexo, pois engloba vários fatores. Sendo assim, necessitam de um espaço exclusivo para reuniões, estudo, reflexões e debates. Igualmente, necessitam um espaço seguro, não só para analisar os processos que são encaminhados, mas também, para guardá-los e para receber os próprios trabalhadores que buscam orientações.

Porém, tendo uma comissão de ética bem estruturada e atuante oportunizará aos trabalhadores aprimoramento constante, bem como, adquirir comportamento eticamente correto, por exemplo: competência técnica, respeito às pessoas, confiabilidade, privacidade, tolerância, flexibilidade, fidelidade, envolvimento, afetividade, correção de conduta, boas maneiras, relações genuínas com as pessoas, responsabilidade, corresponder à confiança que é depositada (GLOCK; GOLDIM, 2003).

Quanto à solicitação de redimensionamento, chama-se atenção para a ambigüidade entre o discurso dos sujeitos trabalhadores e a prática, pois reivindicam ampliação do número de membros, mas recentemente essa comissão diminuiu o mesmo devido a falta de candidatos. Corroborando, um entrevistado ressaltou ter sido convidado pela DE para representar seu nível profissional nesta comissão, por não ter havido candidato. Isto permite questionar-se a veracidade dessa necessidade em ampliar o número de vagas, pois se as mesmas existiam e não foram ocupadas, cabe refletir acerca desta contradição. Pensa-se que o problema não está na falta de divulgação, pois os processos eleitorais da enfermagem são extremamente organizados, sendo instituída uma comissão eleitoral que coordena todo o pleito e promove divulgação do mesmo com antecedência. Portanto, será que essa vacância está ligada a fatores motivacionais? Há realmente interesse dos trabalhadores em se envolverem com aspectos centrais da enfermagem? A sobrecarga de trabalho age como fator desestimulante? Está faltando estímulo, incentivo por parte das lideranças? O medo, a insegurança, o receio de enfrentar um processo eleitoral fala mais alto? Compreender esse problema, propiciar saídas, não deixar morrer essas vagas deve ser um objetivo da enfermagem. Para Enriquez (1997, p. 79),

Quanto mais uma instituição é viva, percebe suas contradições internas, se coloca indagações, é capaz de uma abertura, cede lugar ao imaginário-motor, é trabalhada pela reflexão e a reflexividade, tanto mais ela mantém no interior de si mesma o movimento instituinte e menos se arrisca a cair no instituído, quer dizer na inércia e na repetição.

Posto isso, percebe-se que os trabalhadores conjeturam para essa comissão um campo maior de atuação, quer dizer, além dela orientar e supervisionar o cumprimento do código de ética na enfermagem, os trabalhadores percebem que poderia estar também trabalhando assuntos ligados às atitudes não descritas no código. Enfatizam a obrigação da enfermagem iniciar um processo de reflexão sobre os objetivos da comissão, pois acreditam ser importante o desenvolvimento de atividades educativas, reflexivas, que despertem no trabalhador a consciência de realizar seu trabalho dentro dos preceitos éticos.

[...] acho que deveria haver uma discussão com toda a categoria para vermos o que se espera dessa comissão, onde ela pode estar contribuindo mais efetivamente, porque ela tem demanda (Borboleta, NS).

[...] às vezes cometemos erros sem saber, mas por que não se conhece ou, se conhece o código, esqueceu (Fofa, NS).

Ética profissional significa a adesão e comprometimento do trabalhador com a categoria profissional onde formalmente ingressou, o que caracteriza o aspecto moral, um conjunto de regras estabelecidas como sendo adequadas para o exercício profissional. Os códigos profissionais são elaborados para proteger os profissionais, a categoria como um todo e as pessoas que dependem daquele profissional. Todavia, há muitos aspectos não previstos especificamente e que fazem parte do comprometimento do profissional em ser eticamente correto, em fazer a coisa certa. Essas atitudes não descritas são comuns a todas as atividades que um trabalhador exerce – generosidade, cooperação no trabalho de equipe, não ficar restrito apenas às tarefas que foram designadas, mas contribuir para o engrandecimento do trabalho e aprender a usar sentenças de dever.

Ainda com relação a atuação desta comissão, sobressaiu-se nas entrevistas uma preocupação com as mudanças sociais, no que diz respeito à Bioética e as Políticas de Saúde – Humaniza SUS, que segundo os trabalhadores, são assuntos que merecem uma maior reflexão.

[...] os profissionais da saúde ainda tem essa pretensão de intervir no corpo do outro sem consulta, sem orientação. Hoje precisamos socializar mais a informação de como você partilha isso com as pessoas. Estamos precisando ampliar um pouco esse olhar sobre esse novo conceito da bioética. A comissão de ética tem esse papel instrumental, reflexivo sobre a nossa prática e instrutivo no sentido da gente não violar os valores da ética que são importantes, de como concretizar esse discurso idealizado da ética com a estrutura formal mesmo de exercer a profissão todos os dias (Joaninha, NS).

O HU é um multiplicador do programa de humanização do SUS, o Ministério está cobrando isso, me diz, houve alguma discussão? Não. Unidades de serviço estão sofrendo reformas na área física, mas ninguém parou para discutir sobre isso, para treinar essas equipes. Há algum tempo assisti a uma palestra sobre Humanização, com palestrantes daqui e fiquei me perguntando, de que hospital eles estão falando, pois não é do hospital em que trabalho. Então como é que fica isso? (Esperança, NS).

Com isso, destaca-se a necessidade emergente dos trabalhadores em discutir temas de relevância que modificam completamente as relações de trabalho, principalmente pelo HU ainda manter a departamentalização e especialização das profissões, que apesar de atuarem sob o mesmo objeto de trabalho, não compartilham, na sua maioria, a assistência prestada. Analisando-

se essa necessidade que abrange a enfermagem, mas que envolve todos os demais profissionais de saúde do HU, bem como, os profissionais administrativos, emerge a dúvida se seria pertinente a Comissão de Ética em enfermagem trabalhar individualmente esses temas. A bioética está em evidência devido a nova Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos²⁴, que foi promulgada em 10 de outubro de 2005, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), em que dispõe sobre: autonomia e responsabilidade individual; consentimento, prévio, livre e esclarecido; Comitê de Ética.

Pensa-se que não seja essa a finalidade desta comissão e que a mesma não possui estrutura para desenvolver um trabalho de tamanha dimensão, visto que, discutir essas questões éticas necessita envolver todos os profissionais da instituição. Para tanto, faz-se necessário a instituição criar um fórum multiprofissional e pluralista que se responsabilize sobre estas questões: promover o debate, a educação, a consciência pública e também, elaborar diretrizes sobre temas inseridos no âmbito da Declaração.

Associado a este tema, está a questão da humanização que altera o modelo assistencial vigente, portanto, trata-se de uma nova política assistencial - Política Nacional de Humanização – Humaniza-SUS, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. Humanização com sentido de: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica na mudança da cultura de atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. A Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. Investindo na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos (BRASIL, 2004).

Reitera-se, que pela amplitude dos temas e a influência que irão exercer nas relações sociais de trabalho, transformará a realidade de todos os

²⁴ A Declaração Direitos Humanos 2005 completa encontra-se disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php.

trabalhadores da instituição, se não é mister a criação de um Comitê de Ética Multiprofissional. Porém, de qualquer forma, nada impede que a Comissão de Ética da enfermagem, juntamente com a CEPEn, inicie grupos de discussões. Contudo, é imprescindível que os trabalhadores estejam bem informados, acompanhando não apenas as mudanças nos conhecimentos técnicos, mas também, nos aspectos legais e normativos.

Corroborando com esse pensar sobre as dimensões que a comissão de ética pode alcançar, Matos (2002), com base no discurso dos trabalhadores de enfermagem do HU, em sua pesquisa, constatou que os mesmos desejavam modificações na comunicação, sendo que deveria ser autêntica e pautada no diálogo. Igualmente almejavam mudanças nas relações de trabalho, em que a ênfase estivesse no trabalho em equipe, na solidariedade e no compromisso profissional com o cliente e no fortalecimento da dimensão ética do trabalho em saúde e de enfermagem.

Diante de tal realidade, esta pesquisa vem fortalecer as constatações feitas há dois anos atrás, bem como, reitera os desejos dos trabalhadores em discutir aspectos éticos que envolvam atitudes não previstas no código de ética dos profissionais, mas ao mesmo tempo, ampliam suas reivindicações quando propõem uma reorganização estrutural da comissão de ética.

Comissão de Educação e Pesquisa em Enfermagem: para se alcançar a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram criadas algumas políticas, entre elas a Política de Educação Permanente em Saúde. Esta se coloca como uma estratégia na formação e desenvolvimento para o SUS, englobando aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. Essa estratégia deve ser realizada de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, no sentido de proporcionar: a democracia institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; trabalho em equipes matriciais; melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde; constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2004).

Para tanto, esse modelo de educação provocará mudanças nas relações de trabalho o que exigirá mudanças nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Tal qual alerta Ceccim (2005, p. 167), precisa-se abandonar “o sujeito que somos

(assujeitados pelos modelos hegemônicos e pelos papéis instituídos), por isso mais que ser sujeitos precisa-se ser produção de subjetividade, ser atores ativos”. Dessa maneira, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas.

Posto isso, os sujeitos trabalhadores refletiram sobre a CEPEn, sendo observado que a mesma é reconhecida por alguns, como espaço de participação e por outros não. Esta comissão foi, sem dúvida, a que mais gerou controvérsias entre os trabalhadores entrevistados, sofrendo algumas críticas quanto ao seu funcionamento. Igualmente desconhecem sua organização, atribuições, finalidades.

Acho que algumas pessoas não tem informações sobre o que é a CEPEn, pois semana passada estava num setor e uma pessoa veio falar comigo, me questionou sobre algo que não tinha nada a ver com a nossa comissão. Então não existe uma divulgação, informação necessária sobre o papel da comissão para o pessoal (Pupi, NM).

Da CEPEn só sei quando vai ter curso e é colocado no mural. O que eu sei é o que a nossa chefia deixa recados ou coisa assim (Sol, NM).

Não sei, aqui só aparece coisas da CCIH (Daniel, NM).

A CEPEn oferece muitos cursos, para quem tem interesse não falta oportunidade (Margarida, NM).

Quanto a CEPEn sempre tive atendimento imediato, questões que eu vou perguntar nunca tive problema. Porém, se precisar sexta-feira a tarde não tem ninguém (Girassol, NS).

A CEPEn eu vejo como uma instância formal, não como uma instância representativa (Joaninha, NS).

Assim como as demais, a CEPEn possui um RI, porém o mesmo não está organizado na forma de um documento oficial, devido as partes encontrarem-se em folhas soltas, o que impede uma seqüência lógica. As normas existentes são mais sobre a composição e forma de seleção. Têm objetivos, finalidades, as atribuições foram elaboradas conforme o grau de competência e responsabilidade de cada nível profissional: secretária, técnico de enfermagem, do coordenador, do enfermeiro efetivo da comissão e uma proposta de atribuição para os membros professores do Departamento de Enfermagem. Não existem como nas demais comissões, atribuições gerais dos membros desta comissão ocasionando repetições, não permitindo uma visão de trabalho em equipe, bem como, não está claro se as mesmas atribuições do enfermeiro efetivo são atribuídas aos

demais enfermeiros (Chefias de Divisões e Coordenadores das demais comissões).

Posto isso, os trabalhadores acreditam ser necessário rever as atribuições de seus membros, para que os mesmos possam atuar dentro de um objetivo único – criar espaços educativos para favorecer o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional da equipe de enfermagem.

O que eu sei é que, não pode haver divisões de categorias dentro da comissão, o que deveria existir é atribuições gerais dos membros e não por categoria. As pessoas têm que saber que fazem parte de categorias, mas na comissão elas formam um único núcleo, não pode ser diferente, por que a comissão tem um objetivo e os membros têm que atuar para alcançar o objetivo da comissão, não importa quem (Bolinha, NM).

A manifestação de que a comissão assume um caráter estritamente formal está ligada a sua representatividade, o que pode levantar dúvidas nos sujeitos trabalhadores sobre a sua conduta. Pensa-se que talvez fosse interessante refletir sobre a necessidade de se ter representantes das unidades de serviços, talvez por categoria na comissão. Porém, salienta-se que o fato de existir comissões pressupõe a possibilidade de participação e, esta pode ser realizada por meio da vocalização de suas necessidades aos próprios representantes da comissão. Por outro lado, a questão da representatividade merece um questionamento. As chefias de divisão são representantes, sendo assim, fica a dúvida em relação ao papel que estão desempenhando, ou seja, estarão elas sendo um elo de ligação com as unidades de serviço e os trabalhadores?

Posto isso, é importante se destacar que não foi previsto na metodologia a observação das reuniões das comissões. A base dessa pesquisa são as explicitações, as percepções dos trabalhadores e representantes. Mesmo assim, cabe se ressaltar as divergências de percepções entre os entrevistados representantes dessa comissão e os representados. Os representantes acreditam que a comissão é vista pelos trabalhadores como um órgão de apoio, sustentação e estrutura, porém sentem-se desanimados com as críticas destrutivas e as possíveis insinuações de que não fazem nada. Para eles, este fato ocorre devido a falta de conhecimento dos trabalhadores sobre a proposta da comissão, aliado ao fato de não conseguirem agradar a todos devido as

várias atividades. Afirmam que os trabalhadores têm espaço aberto para participarem, para procurar a comissão e não o fazem. Já os representados alegam que a comissão se afastou das unidades e este fato faz com que as chefias desenvolvam funções da própria comissão.

Percebe-se que essas contradições partem de cinco deficiências, a saber:

- a) A comunicação é quase inexistente entre a comissão e os trabalhadores;
- b) Os representantes dos enfermeiros, por serem chefias e seus papéis caminharem em mão dupla, podem não compreender que dentro da comissão elas representam a vontade dos trabalhadores, das unidades de serviço e precisam ouvir dos trabalhadores quais são as necessidades, o que os interessa, dialogar, debater;
- c) Falta divulgação sobre o objetivo, finalidade e as atividades que a comissão desenvolve;
- d) Falta de percepção por parte dos trabalhadores em compreender que a comissão pertence aos mesmos, por isso talvez, não procurem buscar informações sobre o funcionamento da comissão, como também, não entendem o significado da representação e por este fato, não exercem controle sobre os representantes.

Outro ponto importante, que pode ferir a integridade da participação relacionada ao poder de voz e decisão do representante, é a disparidade na composição dos membros, já que a mesma é composta por 12 enfermeiros (02 enfermeiros permanentes, 04 enfermeiros chefes de Divisão, a Diretora, 01 coordenador da CEEEn e CPMA e ainda, 03 professores) em contraposição a 01 membro que representa a categoria do nível médio.

Acredito que a distribuição do poder quando ela não é igualitária fica mais difícil, então eu participo, mais o que eu faço ali no meio de quinhentas. Às vezes eu imagino como fica o representante do nível médio, porque às vezes tem pessoas, não digo que são todas, mas tirando por mim, eu defendo minhas idéias formadas e as das outras enfermeiras. Como é que tu vais assim – olha, eu estou aqui e quero me colocar. De qualquer maneira é um espaço que a gente dá de participação (Borboleta, NS).

Eu sempre sou ouvida quando acho necessário falar. A minha opinião é aceita também, questiono muitas vezes quando acho necessário. Eu sempre estou a par de todas as informações, até quando eu não vou as reuniões, automaticamente o pessoal repassa o que aconteceu, não existe nada escondido. Por eu ser a única do nível médio – mas nada é

escondido. Até por que toda decisão é tomada em conjunto, após cada uma das pessoas terem dado sua opinião, só depois o grupo chega a uma decisão. Não me sinto acanhada em dizer não concordo, que isso não é certo, de dar minha opinião. Só que se tivessem mais representantes do nível médio, seriam outras cabeças pensando. Eu falo pouco, mas quando falo sou ouvida (Pupi, NM).

Essas duas colocações não esclarecem o grau real de espaço para participação do nível médio, muito pelo contrário, geram polêmicas, pois em alguns momentos os próprios sujeitos se contradizem implicitamente, podendo ser questionado qual seria a finalidade do representante do nível médio e se a sua representação é legítima. As manifestações e o RI da comissão não deixam claro se o representante de nível médio tem parte na condução dos trabalhos. Porém, ao refletir-se sobre as falas e ao analisar-se o documento da comissão, ambos remetem há algumas reflexões sobre o poder de decisão do nível médio:

1. O mesmo recebe as informações das decisões já tomadas quando não está presente e durante as reuniões sua opinião é considerada e a decisão final necessita de consenso. Sendo ele a minoria, será que o seu voto já não se classificaria como vencido?
2. A sua participação foi espontânea, pois decidiu por ele mesmo fazer parte dessa comissão, satisfazendo as necessidades psicológicas de pertencer, expressar-se, obter reconhecimento e prestígio de uma categoria; dentro do grupo ele opina, colabora, recebe o respeito do grupo quando este repassa as informações.
3. Este representante também tem funções dentro da comissão, sendo essas ligadas mais a execução dos trabalhos. Assim, percebem-se limites definidos em que o mesmo não possui uma completa autoridade, necessitando consultar os demais membros para tomar a decisão. Fica a dúvida quanto ao nível de poder de decisão.

Assim sendo, após essas reflexões, pode-se considerar que a participação do representante de nível médio é espontânea, controlada e delegada por outros. Esta forma de participação, Bordenave (1994) considera ilusória, porque faz o representante sentir-se ter e tomar parte. Essa consideração encontra força nas palavras do membro de nível superior, quando o mesmo reconhece que a desigualdade na representação não movimenta a estrutura do poder entre os membros. Porém, mesmo reconhecendo este ponto,

esse representante revela o reflexo da gerência científica, quando admite defender as idéias do seu nível profissional e se auto-defende quando afirma que o espaço foi dado para o nível médio, mas no final deixa nas entrelinhas a possibilidade de uma participação não tão efetiva. Por outro lado, não defendendo a disparidade na composição dos membros, mas se pensar que esse espaço foi provocado e não conquistado, pode o nível médio não estar valorizando essa concessão, visto que o número de trabalhadores desse nível profissional que se dispôs a concorrer a vaga foi em número de três, isto entre aproximadamente 450 trabalhadores.

Quanto à composição desta comissão, os sujeitos trabalhadores consideram a mesma um condicionante para a participação e sugerem o seu redimensionamento, para que a mesma não apresente um caráter tão formal.

[...] então teria que ter um caráter de representatividade diferente para poder efetivamente pensar essa política de enfermagem (Joaninha, NS).

Frente a esse quadro, se houver um redimensionamento na composição dessa comissão, será que existirão candidatos suficientes para o preenchimento das vagas? Porém, não se pode excluir, também, que esse número pequeno de interessados pode ser reflexo da própria forma de composição da comissão, pois segundo Bordenave (1994) só se participa realmente quando se está entre iguais, não sendo o caso dessa comissão.

No entanto, esta comissão estimula a participação dos demais trabalhadores por meio de cursos e eventos, conforme as falas dos entrevistados, porém restringe-se a parte técnica, não traduzindo as necessidades diversas de todas as Divisões de Enfermagem e respectivamente dos trabalhadores, ocasionando o afastamento entre os trabalhadores e a Comissão. Isso faz com que as próprias unidades, independentemente da comissão, realizem os próprios cursos, sendo os mesmos voltados para o interesse dos trabalhadores das próprias unidades, ou faz com que os mesmos procurem satisfazer suas necessidades em outros cursos oferecidos por outros órgãos.

Hoje eu percebo que tem acontecido um afastamento gradual entre a enfermagem e o pessoal da comissão de educação. Por exemplo, os cursos antigamente eram somente elaborados pela comissão, agora a

CEPEn ele até discuti algumas coisas, mas quem está organizando são as unidades, quem programa são as unidades. Este ponto por um lado é bom, porque a unidade faz o que realmente deseja e ruim por que é muito trabalhoso para a chefia da unidade e creio ser função deles (Lua, NS).

Agora olha o DAP que também faz cursos de capacitação, principalmente sobre crescimento pessoal, que eu acho muito importante, porque não adianta só curso de curativo. Aí eles estão sempre desenvolvendo algo, nunca estão parados, principalmente quando eles sentem que o pessoal está meio desanimado, eles vêm, vão atrás estimular, puxar o pessoal. Então eu acho interessante por que eles tentam motivar, talvez não consigam muito, mas estão fazendo a parte deles, isso chama a atenção (Marina, NM).

[...] aqui no meu setor eu sinto uma deficiência já há alguns anos. Acho que eles fazem é um treinamento introdutório (POI), como uma ação sistemática porque a gente sempre vê divulgação, mas efetivamente, pensar na perspectiva envolvendo nossa especificidade e especificidades de outros setores, só temos curso de curativo. Agora esse curso para enfermeiros, me parece muito mais um cumprimento legal, porque tinha que ter um curso de atualização para poder ganhar ponto e ganhar uma gratificação na carreira do que, pensar efetivamente (Joaninha, NS).

Cabe ressaltar-se aqui que a CEPEn é um órgão da enfermagem, o setor de capacitação é do HU, vinculado ao Departamento de Desenvolvimento de Potencial de Pessoas (DDPP) da UFSC. Eles não são opostos, mas complementares, apontando mais uma vez o desconhecimento dos trabalhadores acerca da sua instituição. Salienta-se também, que a CEPEn pode até não estar alcançando todas as especificidades técnicas das unidades de serviço, mas tem se preocupado com a interação entre os profissionais, visto que atualmente vem realizando atividades com o objetivo de trabalhar as relações interpessoais. Reitera-se que essa desinformação dos sujeitos trabalhadores está na falta de divulgação das atividades da comissão, bem como, na falta de diálogo dos trabalhadores com os representantes.

Os trabalhadores sentem necessidade de que os membros da CEPEn estejam mais presentes nos serviços de enfermagem, apontando-os como responsáveis pela capacitação dos trabalhadores que são admitidos na instituição.

O afastamento também foi sentido nisso, assim, logo que entraram as pessoas novas do concurso a gente percebeu o afastamento grande da comissão. Não havia controle, uma educação durante o trabalho. Sobre o afastamento acho assim, nem deveria falar, mas antigamente o envolvimento de algumas pessoas era maior, hoje eu não vejo um envolvimento tão grande com a instituição. As pessoas às vezes

começam a se envolver mais com outras instituições, então, talvez seja muito subjetivo, talvez seja uma impressão só minha, mas tenho percebido um envolvimento maior com outra instituição ao invés da nossa aqui, isso é um pouco dolorido por que a gente gosta muito desse hospital e acaba achando que tudo tem que ser para cá. Claro que as coisas tem que ser divididas, mais em minha opinião um dos fatores desse afastamento é isso (Lua, NS).

Eu vejo a CEPEn como uma estrutura formal e administrativa que não tem diálogo com os setores para pensar estratégias de formação em enfermagem. Sabe, a nossa profissão precisa necessariamente ver a questão da educação permanente, não é só para quem está chegando novo, é para quem está o dia inteiro na instituição e tenham outras necessidades, porque também estão acomodados, estão precisando remexer e despertar os seus interesses [...] as pessoas aqui para completar a sua formação procuram outros cursos de seu interesse que estão por aí. Então se a CEPEn é atrativo, não vejo por aí (Joaninha, NS).

É interessante observar-se, que esta visão da CEPEn como responsável pela educação aparece no discurso dos enfermeiros. No entanto, há de se questionar se apenas uma comissão deve ficar responsável pela educação permanente. No processo de trabalho dos enfermeiros, a educação é um das dimensões a ser desenvolvida no contexto do trabalho. Esta educação não se refere apenas à clientela, mas também a educação permanente dos trabalhadores. Desta forma, há que se questionar se os enfermeiros não buscam responsáveis pelas suas próprias limitações na organização do trabalho. Além disto, os enfermeiros, de uma maneira geral, em função de seu papel na educação permanente, também são membros da CEPEn, não por meio de cargos ou representações, mas pelo papel que desenvolvem.

Tal como afirma Gelbcke (2002), entende-se que a “enfermagem deve pensar na educação não como mera reprodução do conhecimento, mas como um processo de emancipação dos sujeitos”, precisando, no entanto, definir o tipo de educação que pretende, uma educação reprodutora do saber ou uma educação em que valores como participação, ética, solidariedade estejam presentes. Neste sentido, afirmam Assmann e Sung (2000, p. 14) que a “educação se transformou na tarefa emancipatória mais significativa” e para tanto há que se aliar a competência profissional à social, a sensibilidade social à sensibilidade ética, visando a construção de um mundo onde todos tenham um espaço, em que se constituam como sujeitos, como cidadãos.

Gelbcke (2002, p. 166) salienta que no dia a dia a educação parece como concessão, “não algo imbricado no fazer da enfermagem, e principalmente no

papel enfermeiro, pois não parece fácil educar sem supervisionar, sem acompanhar, sem estar junto”. Portanto, há que se questionar se os enfermeiros estão assumindo seu papel de educador no cotidiano do trabalho.

Isto não exige a percepção dos sujeitos da pesquisa em relação aos membros da comissão, quando apontam a necessidade de haver um maior engajamento dos mesmos, principalmente no aspecto ligado a interação comunicativa com os trabalhadores e a articulação desta com as exigências profissionais e institucionais para a função. Na visão dos trabalhadores, para exercer o cargo nesta comissão, se faz necessário que a pessoa esteja engajada literalmente, que seja um cidadão ativo plenamente, isto é, que não se beneficie somente com os direitos, mas acima de tudo que cumpra com seus deveres (BORDENAVE, 1994).

Há que se salientar também, que mesmo havendo uma comissão responsável pela educação permanente, há espaços para a elaboração de estratégias de educação nos diversos serviços, o que não deixa de ser um espaço para participação. O discurso dos trabalhadores, remetem a pensar-se nas contradições existentes, pois apontam a necessidade de participação, porém quando esta é possível, reclamam de omissão da comissão.

Conclui-se que a participação efetiva enfrenta barreiras, pois de nada adianta a DE provocar espaços, se estes não estão organizados adequadamente, se não possuem uma representatividade legítima e se os membros dominantes não modificam suas qualidades pessoais para atuarem a favor da participação, mudando seu estilo gerencial e assim, adquirirem cada vez mais competência social, pois atualmente, face a falta de entendimento quanto ao significado da representação, mesmo que implicitamente, estão atuando contra a mesma (KISSLER, 2004).

Quanto aos cursos oferecidos pela comissão, ficou claro que os trabalhadores não querem somente assuntos técnicos, eles evidenciaram a necessidade de discutir questões mais políticas ligadas ao trabalho, à enfermagem enquanto profissão.

[...] CEPEn quando se trata de pesquisa e ensino entra a estratégia da profissão e de organização do trabalho [...] então teria que ter processos mais amplo [...] o que teve de interessante neste período foi uma coisa mais abrangente de política de gestão mesmo e aí está a diferença de estratégia, que foi o VTM, pois teve a perspectiva da gente estar

refletindo criticamente o trabalho, mobilizou as pessoas e fez com que apontássemos caminhos para tentar melhorar (Joaninha, NS).

Tem que melhorar essa parte de pesquisa, que não é tão aberto, divulgada. Parece-me que fazer pesquisa aqui é só para quem estuda (Marina, NM).

Existir mais trabalhos semelhantes ao VTM [...] mais interativos, não só com a enfermagem, mas com outros profissionais, para podermos discutir o trabalho, o relacionamento [...] trabalhos que nos oportunizasse nos trabalhar, reunir as clínicas, um trabalho de suporte, temos que discutir isso (Sol, NM).

Precisamos aprender a problematizar a nossa realidade e discutir para mudar (Esperança, NS).

Esse processo é natural, visto as modificações que vem sofrendo as políticas de saúde e também, os espaços provocados de participação, que mesmo com deficiências já estão potencializando os trabalhadores para o desenvolvimento da consciência crítica.

Ao refletir acerca das sugestões para melhoria desta comissão, percebe-se que os trabalhadores revelam a necessidade de um processo de aprendizagem que ultrapasse o conhecimento tecnológico e biológico, isto é, que supere a educação em serviço ou continuada. Na verdade, eles colocam o cotidiano do trabalho como foco principal de aprendizado, que é uma premissa colocada para a educação permanente, visando atender aos preceitos do SUS, pois ela se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano. Ao mesmo tempo,

[...] insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando agentes, as práticas organizacionais, a instituição, o setor saúde e as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005, p. 161).

Quando se pensa em processo educativo, não se pode restringi-lo a treinamento para o trabalho. O treinamento é importante, pois atualiza os trabalhadores, porém ele é pontual e pode ser suprido sem muitas dificuldades. O que se aponta é a necessidade de olhar-se com outros olhos, ou melhor, de outros modos explicativos para a relação educação em saúde e trabalho em saúde, pois um produz o outro, não pode haver separação. Com isso, o trabalhador é o protagonista efetivo desse processo, retirando-o da condição de recursos para a de atores sociais do trabalho, das lutas pelo direito a saúde e do ordenamento das

práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (MERHY, 2002; CECCIM, 2005).

Esta percepção parece estar clara para a DE e para os representantes da CEPEEn, pois nos últimos meses iniciou, conjuntamente com o GAI (Grupo de Apoio Institucional, que substitui o antigo NAP), um curso intitulado “Criando Espaços Solidários”, para trabalhar as relações interpessoais. Esse curso iniciou primeiramente com as chefias e após com os enfermeiros. Trabalhar as relações internas é um passo importante, para após a CEPEEn poder viabilizar discussões ou outras formas de trabalho com vistas, a preparar a enfermagem para alcançar o que preconiza o SUS e que é definido por Cecílio e Merhy (2003) como a integralidade do cuidado – tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si e na inserção do hospital no sistema de saúde.

Frente a isto, pode-se perceber nas falas dos trabalhadores que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente para dar conta dos desafios do trabalho. Esses almejam: a integralização da assistência com a união de saberes (enfermagem, medicina, nutrição, entre outras especialidades profissionais), no verdadeiro trabalho em equipe, não como somatória de ações específicas de cada profissão, mas sim, como “arranjo institucional que possam operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica²⁵ do trabalho, que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 03). Com isso, cresce a importância da CEPEEn em iniciar práticas educativas permanentes. Isto é, para análise das experiências cotidianas, da organização de ações em cadeia, das possibilidades de integração entre formação, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação dos trabalhadores e valorização dos saberes. Entende-se que o trabalho dessa comissão deveria estar centrado em iniciar o debate na enfermagem sobre esse novo modo de fazer e pensar as práticas de saúde buscando a conscientização da categoria.

A questão da educação permanente deve ser uma preocupação institucional, visto que esse modelo assistencial do SUS engloba o coletivo, a união de saberes, o compartilhar saberes entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado,

²⁵ CECCIM (2005, p. 176) define micropolítica como sendo “efeitos de subjetivação, conjunto de fenômenos e práticas capazes de ativar estados e alterar conceitos, percepções e afetos (modos de pensar-sentir-querer)”.

buscando um cuidado integral, o que modifica a concepção hegemônica tradicional. Neste sentido ressalta Rovere (2005, p. 171) que

[...] talvez valdría la pena discutir sobre los aspectos de sustentabilidad de la propia educación permanente y de la necesidad de agentes internos o externos que dinamicen y hagan circular. La concepción de una fuerza laboral activa y movilizadora por la calidad de los servicios y la equidad en la atención es una imagen que ayuda a dar visibilidad positiva al personal de salud.

Outra sugestão diz respeito à pesquisa, que segundo os trabalhadores está adormecida, sendo necessário à comissão incentivar e explicar seu funcionamento. Reitera-se aqui, a dificuldade que a enfermagem no todo enfrenta com o sistema de informação e/ou divulgação de seus trabalhos ou processos. Porém, é importante informar que esse programa de pesquisa é novo e o seu funcionamento não atingiu todos os trabalhadores, visto que a grande maioria ingressou na instituição recentemente e também não tem o hábito de pesquisa em seu cotidiano de trabalho.

Outro ponto ressaltado inúmeras vezes pelos trabalhadores, foi o VTM, percebido como um fator de valorização, pelo fato da DE ter se preocupado com a condição do trabalhador na instituição e no seu desenvolvimento como sujeito, mas também, como profissional. Por isso, os trabalhadores consideram este uma das maiores ações já realizadas pela DE com apoio da CEPEn. O VTM, igualmente na pesquisa de Matos (2002), recebeu um valor maior de reconhecimento. Isso confirma que processos participativos propiciam a autopromoção e auto-valorização do trabalhador.

Da mesma forma, na pesquisa de Matos (2002), os trabalhadores solicitaram que a CEPEn considerasse no seu processo educativo no trabalho, todas as dimensões humanas do sujeito trabalhador, com ênfase no crescimento global, em que propiciasse uma reflexão contínua da enfermagem sobre o seu processo de trabalho e no conjunto do trabalho coletivo em saúde. Reitera-se com esta pesquisa a necessidade de uma educação permanente, porém há necessidade de ênfase no papel social desses trabalhadores de enfermagem para proporcionar o rompimento do vínculo com ao modelo funcionalista ainda presente na área da saúde, bem como, estimular a aproximação do enfermeiro com sua função educativa.

Contudo, os sujeitos trabalhadores no desenvolver desse repensar sobre as Comissões, perpassaram o exercício da cidadania, da liberdade, da autonomia e da

consciência crítica, e acrescentam sugestões que levam em direção à construção de um saber num mundo em constantes mudanças. As estratégias, sugestões de melhorias e/ou modificações efetuadas pelos trabalhadores, demonstram o quanto é imprescindível à participação dos mesmos na criação, no desenvolvimento e na avaliação dos processos. Há que salientar-se quão oportuno foi este estudo, no sentido de propiciar aos sujeitos trabalhadores, uma reflexão crítica sobre a organização das comissões, explicitando seus saberes sobre a realidade, sendo atores e protagonistas de uma realidade desejada – fazer com que essas comissões sejam espaços de produção de subjetividade, lugar de problematização, que sejam espaços políticos.

Os trabalhadores também relataram existir espaços **informais de participação** sendo entendidos pelos entrevistados como: reuniões de serviço, reuniões das divisões, reuniões entre setores; comissão de remanejamento interno e comissões temporárias.

Temos as reuniões informais que a gente acaba fazendo: setorial, das divisões. Também quando tem um problema com algum serviço [...] vamos até o mesmo e conversamos. Então são níveis de participação informais (Fofa, NS).

Só participo das reuniões de serviço (Daniel, NM).

É nas reuniões que a gente discute, lava roupa suja, diz o que pensa, dá idéias, arruma a casa (Rosa, NM).

O remanejamento interno que tem uma banca com representantes das categorias que vão concorrer a vaga, é um espaço informal. Agora temos na Revisão do Manual (Borboleta, NS).

Porém, alguns colocam que, ao mesmo tempo, não encontram espaços para a participação nas reuniões e outros afirmam encontrar este espaço somente nessas reuniões, mas acreditam que este espaço não é usado corretamente, pois as pessoas discursam e não praticam.

Quando há reunião no setor eu gosto muito de participar [...] para poder dar minha opinião, participar das decisões. Tem gente lamentavelmente que vão as reuniões e se colocam e vejo que aquilo não é verdade. Isso me deixa triste e me dá vontade de não participar mais [...] falam coisas e não fazem no dia-a-dia, falam bonito, angariam propostas tão boas, mas aquele mínimo que poderia estar sendo feito eles não fazem, quando fazem é uma droga de serviço, que a gente está vendo que é um serviço mal feito, um serviço que está sendo feito de qualquer jeito, quando é feito (Daniel, NM).

As reuniões às vezes as pessoas não são sinceras, querem que as coisas sejam para te favorecer e não para favorecer a categoria, mas sim os interesses particulares (Bolinha, NM).

Até fazer uma reunião é complicado, se a chefia faz uma convocação para enfermeiro, se tem 15, vem 7. Então acho que hoje é muito verticalizado, as coisas vem de cima para baixo, só chegam aqui e informam sobre o que foi decidido, não existe mais aquelas discussões em pequenos grupos [...] não há espaço para a participação, por que marcam uma reunião e como você vai sair do setor, porque as reuniões são sempre pela manhã, não fazem em outro horário. Então da forma como é feito não nos dão condições de participar do processo (Esperança, NS).

As reuniões formais e informais se constituem em espaços que possibilitariam incentivar a participação, porque são momentos em que os trabalhadores podem argüir e a partir das discussões possam integrar interesses. Porém, a concretização dessa finalidade parece ainda estar longe de acontecer. Um argumento pode estar ligado ao desinteresse dos trabalhadores por esse espaço, pois o mesmo reflete a frustração dos trabalhadores quando os assuntos discutidos não são produtivos e as soluções não são colocadas em prática; ao mesmo tempo, este espaço é utilizado apenas para informes das decisões já tomadas por instâncias maiores, o que descaracteriza qualquer possibilidade dos trabalhadores intervirem na decisão.

Há que se ter em conta que as reuniões são um espaço para discussão, reflexão. Negar este espaço, no dizer de Gelbcke (2002, p. 217) “é calar as consciências”. Dejourns (1999) coloca que o gerenciamento pela ameaça, favorecendo o silêncio e o sigilo, difunde-se atualmente em função das ameaças da reestruturação produtiva, em que o medo da exclusão se faz presente. Mesmo que este fator apontado por Dejourns não esteja muito presente na instituição estudada, já que há certa estabilidade no emprego no setor público, há um reflexo destas questões presentes nas instituições em geral.

Outro aspecto é o conflito de relações nos grupos de base, ligado a questões pautadas em razões individuais, em que buscam nas reuniões espaços para conquistas pessoais, em detrimento de questões institucionais. Essas divergências, baseadas nos vários interesses individuais ou grupais, ocasionam lutas para que os efeitos das decisões internas lhe sejam favoráveis. Diferentemente, a causa de desinteresse na participação das reuniões está nas decisões verticalizadas, pois os trabalhadores, como se evidenciou nas falas quando se discutiu sobre a participação direta e indireta, percebem que

possuem pouca interferência na gerencia dos trabalhos e as chefias não buscam solucionar os conflitos adequadamente, com isso o comprometimento individual torna-se enfraquecido.

Essa forma de gerenciar acentua a alienação, a potencialidade dos conflitos e o uso inadequado do poder gerencial. Com a alienação, o trabalhador não se sente parte ativa do processo de decisão e ação, com isso torna-se passivo, dependente e passa a encontrar em si próprio e no setor em que trabalha justificativas para a frustração, pessimismo e acomodação. No dia-a-dia de trabalho, a alienação reflete-se na despreocupação com a assistência, na falta de iniciativa e na apatia, submissão e dependência das chefias. Às vezes, as chefias julgam esses fatos como sendo inerentes do trabalhador e pressionam-no na tentativa de reduzir a passividade, como por exemplo, convocação formal para reuniões informais. Essa prática somente reforça certa tutela das chefias, que utilizam de estratégias como convocações para pressionarem os trabalhadores a participarem das reuniões, o que aumenta mais a insatisfação. Em contrapartida, existem dificuldades de motivar processos participativos, quer por questões internas dos serviços, quer pela forma como as chefias desempenham seu papel gerencial, ou mesmo pela desmotivação dos trabalhadores (DEMO, 2001; MOTTA, 2002).

Autores como Leite e Ferreira (1996; 1997; 1998), Urbaneto (2002) e Mesquita (2002) afirmam que o enfermeiro, ao assumir sua dimensão gerencial, precisa entender as dinâmicas das relações interpessoais presentes no cotidiano da profissão, as quais se manifestam na equipe de saúde e na equipe de enfermagem. Também, que o enfermeiro gerente assume um papel de interlocução entre os trabalhadores e a organização institucional e que muitas vezes defende a instituição em detrimento das necessidades dos trabalhadores (DEJOURS, 1999). Ademais, a falta de organização pode ser estratégia de manutenção do domínio sobre o trabalhador, criando-se uma relação de dependência, pois segundo Demo (2001, p. 68) “toda política assistencialista, além de nunca resolver o problema, consagra a desigualdade vigente, porquanto não faz mais que tapar a boca ou colocar panos quentes” ou pelo despreparo da chefia em organizar reuniões, de entender o próprio significado desse espaço e ainda, por desconhecer os interesses do próprio grupo.

Do mesmo modo como os sujeitos trabalhadores avaliaram os espaços

formais e informais de participação, também fizeram conjecturas em relação as suas participações na DE e no HU. De um modo geral, percebem que exercem uma participação restrita e que não se sentem satisfeitos com suas formas de participação. Porém, justificam que essa restrição está ligada à própria desmotivação por não terem um poder decisório, pois os espaços de participação ainda estão vinculados às estruturas formais administrativas, levando a descrença no objetivo da participação; por estarem envolvidos em outros grupos de trabalhos existentes que possibilitam uma contribuição mais efetiva; por não haver compartilhamento de idéias entre colegas da categoria; por não existir continuidade dos trabalhos iniciados. No entanto, alguns acham que poderiam participar mais se houvesse maiores informações sobre os espaços existentes e outros estão satisfeitos com sua participação.

[...] dentro da enfermagem não tenho buscado ampliar minha participação. Não me motiva o fato dessa participação ainda estar vinculada às estruturas formais, não é minha pretensão assumir cargo de chefia. Para participar teria que necessariamente ser chefe, por isso vejo que a representação parece muito vinculada com aos cargos [...] no HU é muito mais restrita, esse HU não tem história de participação horizontal. No Regimento previa um Conselho Gestor, nunca funcionou, a nova portaria do MEC prevê um Conselho Gestor com a participação de todas as representações de todos os funcionários da área administrativa, inclusive usuários, o atual diretor na campanha se comprometeu de implantar se o fez não estou sabendo. A forma como o HU está organizando o planejamento estratégico - foi contratada uma empresa, não envolveu uma participação dos setores em pensar a política. Então algumas decisões são tomadas verticalmente e a gente não é comunicada, tiveram outras mudanças que interferem diretamente no nosso trabalho e ninguém discutiu, não muda a rotina [...] tem uma falha muito grande no processo de participação no conjunto do HU (Joaninha, NS).

Não estou satisfeita com minha participação, poderia ser melhor, mas também parte de mim um pouquinho por estar desmotivada devido não ter poder de decisão, é muito difícil ser chefia no HU e desmotivante, porque para tudo você depende de alguém (Luz, NS).

Estou satisfeita com minha participação aqui na unidade [...] no HU é fraca poderia melhorar, mas como você vê, eu não sabia da existência dessa comissão que tinha representante (Marina, NM).

No HU não existem portas abertas que propiciem a participação dos trabalhadores. O que a gente percebe é cada um no seu local, as coisas se centram nas reuniões de DE, eles decidem ali e vem tudo pronto para os setores (Esperança, NS).

Não estou satisfeito, para ficar precisa haver [...] discussão sobre as questões do trabalho, mas falta união, estamos num corre-corre e não estamos enxergando as coisas como um todo [...] está cada um com seus problemas isolados ao invés de jogar para o coletivo e tentar

melhorar. A representação só está nesse sentido, de a chefia só trazer e levar, a CEE n fazer o que tem para fazer, mas interagir como uma equipe única está faltando (Avai, NM).

Contudo, percebe-se que os representantes dos trabalhadores nos espaços formais enfrentam um alto grau de desconfiança como agentes de representação, o que torna um desafio para o desenvolvimento democrático. Reitera-se aqui, que a desconfiança está basicamente ligada ao fato dos representantes serem chefias e suas práticas serem isoladas e quando buscam os trabalhadores não o fazem para oportunizar uma discussão mais profunda sobre os problemas que envolvem a gestão do trabalho. É notório nas falas que os sujeitos trabalhadores estão querendo espaços informais de participação, em que possam valorizar o conteúdo e a relevância da política. Este déficit, isto é, a falta de capacidade dos representantes de atuarem de modo efetivo em relações aos problemas, impede a expansão da cidadania e para construir esse poder, os trabalhadores estão tomando consciência que precisam buscar espaços informais políticos que sustentem instrumentos idôneos para ação coletiva (MENDONÇA, 1987; BORDENAVE, 1994; DEMO, 2001).

Posto isso, evidencia-se ao mesmo tempo, nas falas dos sujeitos trabalhadores, uma satisfação com sua participação na DE, bem como um entrevistado enfatiza perceber esses espaços para participação somente na enfermagem do HU.

Sinto-me muito satisfeita com minha participação tanto na minha unidade como na DE. Dentro da enfermagem está mais tranqüilo o espaço de participação (Pupi, NM).

A enfermagem aqui é outro nível, é uma outra forma de trabalhar, a participação da gente aqui é muito diferente [...] é bem mais organizada, todas as categorias tem mais liberdade no processo de cuidado com o paciente, com a família, tudo o que outra instituição não tem. Aqui eu percebo que os enfermeiros têm mais capacidade e autonomia para fazer as coisas, essa autonomia facilita muito o nosso trabalho onde a gente acaba participando muito do tratamento do paciente (Margarida, NM).

Refletindo o grau de satisfação ou insatisfação com a participação na DE, percebe-se nas falas, resulta da distância percebida entre a realidade vigente e as expectativas, projetos e idealizações pessoais e profissionais. Percebe-se que a satisfação pessoal permeou somente duas pessoas do nível médio, sendo

que uma é representante de sua categoria numa comissão e outra que atua numa instituição em que as relações são mais verticalizadas, onde a medicina ainda exerce forte poder institucional controlando o processo de trabalho na saúde, percebendo a diferença existente entre as duas instituições. Além disso, temos que considerar as diferentes formas de participação individuais existentes dentro de todo grupo. Sendo assim, as formas como os trabalhadores escolhem para participar pode estar satisfazendo-os, pois as características individuais vão influenciar em muito, uma vez que há pessoas tímidas e outras extrovertidas, umas gregárias e outras que gostam de certa solidão, umas que são líderes e outras que gostam de segui-los. Por isso, o sucesso da participação repousa em parte no bom emprego da diversidade de carismas, sem exigir comportamentos uniformes e poucos naturais das pessoas (BORDENAVE, 1994).

6.2 A REPRESENTAÇÃO E SUA LEGITIMIDADE

Esta categoria foi composta por duas subcategorias intituladas como: **O Processo de Escolha dos Representantes** e **O que Significa Representar e Ser Representado**.

6.2.1 O processo de escolha dos representantes

O processo de escolha dos representantes na Diretoria de Enfermagem acontece de duas formas: por eleição, na escolha das chefias de serviço e de divisão, a Diretora da DE e igualmente, os representantes da Comissão de Ética em Enfermagem; por seleção, em que são avaliados os currículos e a ficha funcional dos candidatos para a CPMA e CEPEn, sendo que, para esta última comissão existem ainda os critérios de entrevista e prova didática para a

seleção dos enfermeiros em tempo integral. Salienta-se que a DE possui um Regimento próprio que dita as normas e critérios para o processo eleitoral. Porém, pode-se perceber que alguns dos sujeitos trabalhadores desconhecem algumas formas de escolha, visto terem relatado apenas o processo eleitoral. Destaca-se que os profissionais desconhecem mesmo, sendo normal esse desconhecimento, pois não existe um processo educativo. Sendo assim, para continuidade do estudo, se repassou as informações sobre os processos existentes de escolha. Frente às informações recebidas houve considerações por parte dos entrevistados, em que se constatarem algumas divergências de opiniões, porém a maioria entende que a eleição é a mais democrática e valida a representação, e que a seleção somente por avaliações não valida a representação.

Não conheço. A forma de curriculum não valida a representação. Essas coisas de ter bastante cursinho [...] daí vai pra lá uma pessoa só por que tem um monte de cursos e nem sabe representar. Eu acho que por voto é melhor, por que tu escolhes uma pessoa que saiba realmente representar (Rosa, NM).

A direção, as chefias e a comissão de ética é por votação; a CEPEn é por currículo e uma aula teórica e a CPMA por meio de curriculum. Na minha visão acho que tanto a CEPEn e a CPMA deveriam ser também por votação, porque o curriculum restringe muito. [...] a representação só é validada se os representantes forem eleitos. Hoje se fossemos fazer uma entrevista e perguntar para o pessoal o que eles pensam das pessoas que estão lá na CEPEn e CPMA, nós vamos ter um resultado que não queremos, a gente sabe implicitamente só não se comprovou cientificamente. [...] a gente percebe assim, na CEPEn participa dois enfermeiros, as chefias de divisão, então o que acontece, todos os funcionários não concordam com as pessoas que estão lá, com a forma delas trabalharem, com os horários delas, com as propostas que partem dali. [...] se fosse votação, seria mais efetiva do que a forma como é (Esperança, NS).

A acho que são escolhidos por voto. Se não for por voto, não valida. O pessoal tem que fazer por merecer o papel de representante, se não parece chuncho (Daniel, NM).

Não conheço. Acho que as duas formas validam, não tenho uma opinião formada. Acho justo ser avaliado pelo currículo, porque a pessoa é mais bem avaliada. Mas também, acho que a eleição é válida, porque às vezes tem gente sem um curriculum tão bom, porque tem menos tempo, ou não teve condições de formar um bom curriculum, mas, têm qualidades, capacidades para estar nas comissões" (Margarida, NM).

Acho que as duas validam. Pois o processo é espontâneo e o fato de termos essa forma de poder se inscrever para participar favorece isso. Às vezes os critérios de avaliação é que são restritos (Borboleta, NS).

No discurso dos entrevistados percebe-se um amadurecimento político, pois entendem o voto como um aspecto importante para a consolidação de uma democracia efetiva. Porém, relatam não estarem contentes com os representantes que são escolhidos por meio de avaliação e não por eleição direta. Não se pode também esquecer que os trabalhadores enfatizam negativamente a escolha por currículo, como uma forma de manter o privilégio e a perpetuação de alguns representantes. Por outro lado, percebem que alguns critérios são necessários para poder ser escolhido o candidato mais qualificado para determinado cargo, neste caso entendem ser de suma importância que o currículo seja considerado, porém devem ser ponderados aspectos mais relevantes para o cargo em si, possibilitando políticas participativas.

Entendem, também, que algumas vezes o processo de escolha das chefias pode sofrer uma personalização das relações e que isso pode gerar prejuízo no processo eleitoral.

Quando eu penso na CEPEn e na CPMA [...] penso que as pessoas devem ter um determinado perfil, acho que esta avaliação por curriculum ela não pode em nenhum momento ser mais justa [...] Quanto a eleição [...] para chefias de serviço não sei se é a forma mais justa [...] as vezes pode ter situações em que o voto seja utilizado de uma forma doméstica, porque a pessoa é boazinha, legalzinha necessariamente não significa ser justa e que trata as questões administrativas como devem ser tratadas, este tipo de voto pode algumas vezes significar permissividade. Então temos que ter um processo de consciência que não garanta isso, com um discurso as vezes falso da realidade (Joaninha, NS).

Para uma melhor compreensão dessas relações domésticas, busca-se em Leite e Ferreira (1997), o referencial para análise. Ao desenvolverem o projeto Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM) constataram uma grande influência do ambiente e das relações domésticas no espaço profissional da enfermagem do HU, em que se percebem claras referências familiares nas dinâmicas relacionais, com acentuada tendência a personalização dos contatos e das regras profissionais e institucionais. Com isso, pode se perceber “uma desprofissionalização das funções, exercidas e encobertas então pelas relações mantidas no nível pessoal” (LEITE; FERREIRA, 1997, p. 80). Este fato não permite reconhecer as dimensões profissionais das tensões concorrenciais presentes no campo de trabalho, existindo uma disposição em deslocar a avaliação das chefias para o lado pessoal, em que as qualidades ideais são as

de ‘boazinha, legalzinha’, em contrapartida, os aspectos negativos são considerados defeitos das chefias ‘chatas’.

Por outro lado, essa personalização das relações pode ser reflexo do modelo autoritário ainda presente na enfermagem e que é negado por algumas chefias, com isso, os trabalhadores, como forma de refutar esse modelo, buscam posturas mais flexíveis. Porém, como não existem: informações necessárias sobre os papéis delimitados no regimento para os sujeitos trabalhadores; um debate mais profundo sobre o significado dessa representação facetada, pois de um lado necessita responder as necessidades dos eleitores e por outro precisa assegurar que os objetivos da DE sejam alcançados, essa refutação impede uma avaliação do perfil necessário para o cargo, gerando resistências, deformando as relações profissionais. Contudo, as chefias, muitas vezes, centralizam as informações e decisões, como se percebe nas falas, contribuindo assim, para certa passividade.

Nas falas observa-se a importância do processo eleitoral, destacando-se, porém, a necessidade de renovação do corpo gerencial.

O que mudou nessa última eleição? Nada, só a Diretora, isso é eleição? Não vejo isso como eleição, somente vejo a continuidade de problemas. Esse é o grande poder, por se acharem antigas, mas são elas que podam, que desmotivam, que rotulam [...] me pergunto será que vou chegar lá? Não sei, não sei se vou ter chance [...] a gente acha que a nossa vidinha vai ser sempre essa, que não vai mudar, que não vamos ter chance para nada, isso vai desmotivando cada vez mais. Sei que o poder está no povo, só que este povo está desanimado, mas está na hora do povo se animar. Está na hora de reciclar um pouco esse povo, vamos dar lugar para outras pessoas, tem outras pessoas que tem condições. Tem gente há 10 anos e não sai da moita e não fazem nada para a nossa realidade não [...] Precisamos renovar, vir outras cabeças. Oh, o CADE, a CEPEn, a CPMA quem é, são as mesmas cabeças há 10 ou 15 anos, isso já ta velho, então elas já virão chacota – as chefias não fazem nada, não trabalham nada (Luz, NS).

A participação dentro da enfermagem parece ser uma coisa de “panelas”. Geralmente são as mesmas pessoas que ocupam os mesmos cargos, eu estou falando das chefias mesmo, das grandes. Como são as mesmas pessoas há anos, tudo acontece sempre igual, poucas são as chefias dos setores ou enfermeiras que tem a cara para se meter, para tentar mudar alguma coisa. Então é difícil romper esta barreira (Marina, NM).

Aqui os sujeitos trabalhadores evidenciam que os processos participativos precisam apresentar uma maior qualidade política, em termos de conteúdo. Observa-se no RI uma formalidade, mas não uma legitimidade desse

processo participativo, porque ele não tem reconhecido os direitos e os deveres, isto é, previsão de permanência nos cargos, subentendendo-se que as pessoas possam se reeleger quantas vezes acharem necessárias ou tiverem vontade. Há que se repensar, portanto, no tempo de mandato, nas reeleições, para que este processo não seja apenas um instrumento de manutenção de posições adquiridas, garantindo algumas vantagens que a posição de chefe confere (LEITE; FERREIRA, 1997; DEMO, 2001).

A legitimidade de um processo participativo se nutre pela defesa de igualdade de oportunidades, significa ser cidadão organizado. Sob esse prisma, pode-se afirmar que os sujeitos trabalhadores de enfermagem estão conseguindo elaborar idéias de justiça, no sentido de que percebem criticamente as discriminações, não como algo natural, mas como opressão, agredindo de frente a igualdade legítima dos desiguais, porque direito significa, também, direito às posições diferentes. Sendo assim, falta na enfermagem a coesão organizada e compromissada, melhor colocando, falta intensidade participativa na realização conjunta de projetos comuns. Nas falas se percebe que a enfermagem não é um grupo organizado, capaz de se manifestar, de gerar representantes e de mantê-los ligados aos compromissos declarados quando da eleição e as suas atribuições internas e externas.

Conclui-se que o RI da enfermagem não prevê a rotatividade (tempo permitido no cargo), os sujeitos trabalhadores interessados em assumir um posto hierárquico não se candidatam para concorrer conjuntamente, bem como, legitimam a continuidade das mesmas pessoas na hora que votam favoravelmente. Estes fatos impedem que aconteça o rodízio dos representantes, dessa forma, os próprios sujeitos trabalhadores são co-responsáveis pela existência das “desigualdades” e o *status quo*. Também, percebe-se nos depoimentos uma concorrência não explicitada na prática, visto que nenhum entrevistado relatou haver confronto direto nas eleições pelo mesmo cargo, o que deixa dúvidas se existem articulações internas do grupo e se existirem, como são feitas, se por diálogos francos ou debates sobre o perfil dos candidatos aos cargos, ou ainda, por coerção velada exercida por chefias que querem legitimar o poder. Essa dúvida encontra respaldo em Demo (2001) quando afirma que para uma gestão participativa o processo eleitoral não pode ser de chapas únicas, porque encobrem manobras de imposição por parte dos

grupos dominantes; porém se houver chapa única, que essa indicação demonstre forte consenso no grupo por quaisquer motivos conjunturais, do contrário será somente um processo útil para se começar a cooptação e isto não é desejável para qualquer organização. É salutar a percepção de que há divergência cultural na enfermagem do HU, sendo ocasionada pela inclusão dos novos sujeitos trabalhadores na instituição, retratando, assim, um novo perfil profissional, o que pode sugerir uma força impulsionadora de transformação da realidade descrita por esses sujeitos.

Para enriquecer-se mais esse debate entre a insatisfação com o processo eleitoral e a questão de quem tem perfil para determinado cargo, se faz necessário abordar pontos por um outro prisma, isto é, a questão pode não estar em: *Quem tem o melhor perfil para ocupar este cargo*, ou em *Que tipo de liderança esta equipe necessita neste momento?* A enfermagem precisa definir qual o perfil (características, habilidades, competências) para cada cargo e mesmo para as comissões.

Para ajudar a responder essas questões, reporta-se a Vargas (2001) que afirma ser preciso compreender as funções ou cargos exercidos pelos indivíduos em uma instituição (empresa pública, privada, família, grupo de amigos, entre outros). Essas funções/cargos não são apenas exigências operacionais, mas também, correspondem a necessidades simbólicas que são geradas no espaço em que estes indivíduos se relacionam, quer dizer, compreender que as funções além de operacionais são simbólicas. Segundo o autor, quando se trabalha, relaciona-se com diversos corpos que preenchem no seu conjunto o mesmo espaço simbólico e este é coletivo, porque é compartilhado e construído coletivamente nas relações a partir de um imaginário comum. Isto quer dizer que, cada sujeito exerce um papel necessário para o funcionamento simbólico coletivo, ocupando um espaço que a relação com os demais lhe determina e é aceita espontaneamente. É este espaço simbólico que faz com que o gerenciamento seja complexo, porque como a função é simbólica e, portanto, é determinada implicitamente, produz consequências desejadas na base operacional, outras não previstas e às vezes indesejadas nas relações simbólicas acordadas pelo imaginário dos grupos. O importante nesta questão é que, como os chefes, diretores acreditam que as funções estão apenas determinadas por necessidades operacionais de produção, não compreendem

que em determinados momentos algumas funções são necessárias e em outros não. Estas funções ou papéis são dinâmicos, isto é temporários, conseqüentemente um sujeito que segue realizando um papel quando este já não é mais necessário para o bom funcionamento do coletivo torna-se um sujeito desnecessário, mas, apenas no papel operacional físico que desempenha, não no seu papel simbólico (VARGAS, 2001).

Sob a luz desse referencial, pode-se concluir também que os sujeitos trabalhadores estão referindo que o fato de não haver rotatividade nas funções e cargos, as atividades exercidas pelas chefias “vitalícias” podem estar obsoletas, o que reafirma a necessidade de rodízio e o reaproveitamento do desempenho das mesmas em outra atividade com a mesma função simbólica. Cabe ao Diretor identificar as potencialidades de representação do sujeito que ocupa a função ou cargo e dirigi-los, mas é preciso saber identificar as necessidades simbólicas do coletivo. Com isto, procuro fazer compreender que não são as ações físicas, como por exemplo, gerenciar equipe, porque esta define o cargo, mas sim, que estas ações podem ser mais eficientes se o imaginário de quem as realiza se identifica com seu papel e se o imaginário do coletivo no qual o sujeito se insere lhe reconhece simbolicamente (VARGAS, 2001). Segundo o autor, esses papéis nada mais são que a construção de personagens que representam papéis e estes, são desempenhados inconscientemente, porém quando num grupo alguém deixa de desempenhar seu papel simbólico três situações podem ocorrer:

1. O papel passa a ser desempenhado por outro sujeito, criando problemas por que passa a haver sobreposição, dificultando o reconhecimento de ambos os papéis.
2. O espaço simbólico vazio passa a ser ocupado por outro papel, neste caso o problema é a sobrevalorização de um sujeito, isto é, como o coletivo reconhece conscientemente os indivíduos por seus cargos ou funções operacionais, podem gerar uma falsa apreciação de uma função ou cargo.

Estas duas situações acontecem porque o representante formal deveria ter a consciência de um papel simbólico de liderança e de uma função operacional de liderança, porém o mesmo não consegue impor-se no coletivo e a função simbólica será realizada por um membro da equipe temporariamente.

3. O mesmo papel simbólico passa a ser representado por mais de um sujeito, gerando conflitos identitários.

Isto acontece quando o membro do grupo que ocupava esse espaço de liderança for substituído. Seu substituto, ainda que mais capacitado operacionalmente, encontrará dificuldades de exercer seu papel simbólico e consequentemente sua função operacional.

Assim, ressalta-se a importância não somente das chefias buscarem capacitações para exercerem suas atividades operacionais, mas também, de interpretações simbólicas, identificando em cada momento do processo de trabalho, quais os papéis simbólicos são necessários para o bom funcionamento do coletivo. Só assim é que se criam as condições ideais para o gerenciamento da equipe, isto é, quando todos os papéis (condescendente, severo, sábio, tolo, prudente, arrojado, entre outros) estão preenchidos, pois eles balizam as estratégias e as dinâmicas e os sujeitos (chefia e trabalhadores) conscientes das funções de seus papéis. Com isso, o grande desafio administrativo é justamente encontrar uma forma de fazer coincidir os papéis simbólicos com as funções operacionais de um conjunto de pessoas.

6.2.2 O significado de representar e ser representado

Do ponto de vista de gestão, a participação por representação vem adquirindo um papel fundamental na interface entre os interesses das organizações e dos sujeitos trabalhadores. Desta forma, é importante discutir e refletir sobre o que **motivou** a decisão de algumas pessoas em participar desses espaços formais.

Os sujeitos trabalhadores representantes do nível médio relatam ter encontrado motivação na importância de abertura desse espaço para a categoria poder participar, discutindo assuntos próprios do nível profissional, possibilitando, assim, abrir um diálogo mais aberto, franco, por não serem enfermeiros. Para o nível superior a motivação está ligada ao fato de

acreditarem na construção conjunta, poder desenvolver as questões éticas profissionais e, também nas possibilidades de mudar a realidade vivenciada.

[...] motivou foi deixar a clínica melhor, do jeito que a gente queria e não passar pelos problemas que a gente passou; tentar fazer uma coisa mais democrática, mais participativa. Então o primeiro motivo foi a possibilidade de poder mudar. O segundo foi a chance de ser chefia, porque é uma chance única e não se pode perder, pois ainda sou nova e essa chance foi um passo na escada para depois eu prosseguir – fazer um mestrado, doutorado (Luz, NS).

O motivo é gostar da participação na enfermagem, eu sempre fui ligado. É eu poder ocupar os espaços que abrem para eu representar a minha categoria. Eu gosto desse negócio de representar, para poder estar ajudando. Se eu puder, eu participo de todas as comissões (Avai, NM).

É uma conquista muito grande ter alguém do nível médio, é muito recente essa participação. É importante porque posso ir as reuniões e colocar críticas, sugestões. Também é importante porque sendo da mesma categoria eu tenho mais acesso as informações, chego mais próximo deles. Eu me sinto representante sim, porque quando tem alguém do nível médio junto com as pessoas que acham que tem poder, as coisas se abrem, o acesso se abre, porque não fica aquela coisa assim – ah, não são somente “elas”, todo mundo tem o direito de falar, de opinar (Pupi, NM).

Frente aos depoimentos, é importante a reflexão sobre a palavra “abre espaço” tão fortemente colocado pelo nível médio, como sendo a movedora da motivação. Teoricamente, emerge a questão já citada anteriormente, de que a participação abriga uma outra questão que é a da dominação. Esse fenômeno de dominação traz conseqüências diretamente ligadas à desigualdade social, que é historicamente estrutural, sendo assim, não podemos simplesmente eliminá-la, por que ela faz parte da história humana, mas pode-se modificar o seu conteúdo e assim superá-la. Então, a importância dessa abertura para o nível médio poder participar das comissões, está na possibilidade de superar a condição de dominação imposta pela divisão do trabalho, buscando-se ocupar estes espaços, na tentativa de construir relações mais igualitárias. Porém, é necessário lembrar que a forma como foram organizados os espaços e, segundo o que se observou nas falas, essa “abertura” ainda é muito restrita, pois se pode perceber que os mesmos ainda sentem a participação somente sob a perspectiva de ajuda e colaboração.

Para alguns trabalhadores de nível superior, a motivação está ligada com a identificação pessoal com o tema de cada espaço (ética, educação e

gerência), com as características pessoais e habilidades que acreditam ter para lidar com a função requerida em cada comissão e por acreditarem poder contribuir com mudanças necessárias para o crescimento pessoal e profissional da enfermagem. Sob esse ponto de vista, compreende-se que a motivação está na auto-realização plena de suas potencialidades.

Contudo, conclui-se que a motivação do nível médio está em satisfazer uma deficiência básica que é ter reconhecido seu saber, isto implica satisfazer a necessidades de defesa e preservação do eu, de mutualidade e compartilha, englobando as necessidades sociais e de estima, cuja satisfação está na interação com outras pessoas. No entanto, o nível superior motiva-se pela necessidade de crescimento, desenvolvimento, tais como: tendências à criatividade, capacidades e talentos especiais, potencialidades (MOSCOVICI, 2003).

Os sujeitos trabalhadores do nível superior enfatizam, também, que os sofrimentos vivenciados oportunizam crescimento e ampliam a consciência sobre a realidade, fazendo com que busquem novas formas de trabalho, procurando superar a administração científica, entretanto, consideram o processo de mudança lento. Compete aqui refletir que todo processo de participação carece de um aprendizado e que esse processo é vagaroso, sendo que, muitas vezes, os impulsos para desenvolver partes de processos de participação ocorrem para contrapor ao tradicional uso do poder baseado na autoridade individual de chefes e dirigentes, sem haver uma discussão sobre o processo de mudança. Porém, eles se tornam mais vagarosos quando não há um envolvimento pleno dos trabalhadores na sua construção.

Salienta-se que, entre os sujeitos trabalhadores pesquisados, 12 já exerceram de alguma forma o papel de representante, sendo que 04 nunca exerceram. Em relação ao **significado de ser representante** não houve diferenciação nas concepções entre quem exerce a função de representante e quem é representado. Ambos entendem que o papel é vocalizar em nome das demais pessoas a quem estão representando, é defender a vontade da maioria enfrentando os obstáculos, é fazer o feedback com a categoria representada, é ser ético.

É levar o que eles pensam independente de tua vontade, é tu dar voz aos ausentes (Sol, NM).

É tu ter compromisso, seriedade e ética com as pessoas que você está representando. Tens que dar respaldo e principalmente retorno. (Avai, NM).

É representar mesmo, é levar adiante as necessidades de toda a equipe, é ser porta voz, é vocalizar em nome da equipe (Beija-flor, NS).

É ter capacidade de intervenção, é ter compromisso ético e defender os valores e princípios da categoria (Joaninha, NS).

É fazer aquilo que a categoria necessita (Pupi, NM).

Acompanhando essa visão, pode-se entender que representar é assegurar a adequada participação de todos os trabalhadores nas decisões tomadas pelas instâncias formais. Apesar desse entendimento sobre o sentido de ser representante, ambos os lados não conseguem desempenhar na prática o papel que descrevem teoricamente, visto que nas falas a maioria não se sente representado. Esta deficiência na representação diz respeito à falta de retorno e, também, a falta de contato com os representados. Porém, alguns representantes relatam o quanto é difícil exercer esse papel e não evidenciam respeito por parte dos representados.

Na questão assistencial eu me sinto representada, pois minha chefia tá ali junto, tá presente, também me sinto representada pela chefia de Divisão e pela DE, porém não me sinto representada pela CEPEn, só pela comissão de ética. Acredito que a chefia imediata tem que ser representante do setor não da direção e a maioria é assim (Esperança, NS).

Eu não percebo a atuação dos representantes. Não me sinto representada por todos não, porque nós não temos conhecimento, talvez se nós tivéssemos a gente sentisse mais segurança e saberia que estamos sendo representados. Nós não temos retorno (Marina, NM).

Eu me sinto representada. A minha chefia é o máximo, a chefia da DEC sempre batalhou pela gente, temos certeza que sempre vamos poder contar. Pela Diretora eu me sinto também representada e muito bem respaldada. Também não sei se tenho acesso livre a essas pessoas de receber informações, de me colocar (Fofa, NS).

Acho que os nossos representantes das comissões não trazem retorno. Não vejo minha chefia como representante, essa teria que ter um retorno direto e não tem (Bolinha, NM).

Observa-se que na enfermagem do HU, existe uma dualidade no discurso e na prática. Os trabalhadores participam da gestão democrática, na questão de terem o direito de eleger e serem eleitos para os cargos formais, porém ainda

não conseguiram superar as barreiras que impedem a entrada de novos atores na competição eleitoral. Por conseqüência, ainda que se avançasse em relação ao funcionamento eleitoral e tivéssemos benefícios em termos institucionais, persistem as sérias deficiências em relação ao controle que os trabalhadores poderiam exercer sobre a ação dos representantes e dirigentes. Mas, esse não é o retrato observado nas entrevistas, pois os representantes não repassam informações aos seus pares, não procuram conhecer os trabalhadores e as suas necessidades e quando procuram, o fazem com as pessoas que conhecem, esquecendo que representam toda uma categoria e não alguns, fazendo uma representação isolada.

Para alguns entrevistados, os representantes reproduzem o papel de seus chefes e lideram de cima para baixo, contrapondo a auto-definição de representação elaborada por eles, em que deveriam agir pelo grupo de trabalhadores, se relacionando com os demais membros das comissões e mobilizando-se com os representados a fim de despertar nos mesmos interesse por algum problema que atinja diretamente os trabalhadores de sua categoria. Assim, o representante estaria conhecendo a realidade de seu nível profissional, bem como, conhecendo o próprio grupo e este a si mesmo, suas percepções, seus valores e crenças, seus temores e aspirações.

Contudo, pode-se afirmar que sem comunicação e informação não pode existir participação e isto é válido tanto para representantes quanto para representados. O representante para intervir na tomada de decisão necessita de informação a respeito da instituição, da sua Diretoria e das comissões em está atuando, justamente porque não teve oportunidade de participação desde o início, porém, se ele recebe estas não as repassa aos seus pares. Há necessidade de uma relação dinâmica e que exige confiança entre representante e representado. Essa relação se dá por meio do diálogo, do ouvir cuidadosamente, do consultar constantemente, pois se assim não for, a base também não será atuante, daí o problema do representante quando critica a base por falta de apoio, de reconhecimento pelo seu trabalho ou que precisa fazer tudo sozinho. Mas, não pode-se esquecer também que, as reclamações podem ser apenas disfarces para ocultar o não desejo de dividir o poder coletivamente.

Em contrapartida, os representados não exercem seu papel, não se

comunicam, escolhem seus pares sem ao menos os conhecer, não reivindicam discussão de propostas de trabalho, ficando numa posição passiva. O trabalhador não interpreta as comissões como uma coisa sua, que depende da sua participação, por esse motivo não consegue ver o representante como um delegado seu, mas sim o vê como um tutor. Sendo assim, a forma como se tem entendido esses espaços participativos aqui, é uma maneira de se tecer na história a possibilidade de amadurecer, no ritmo da profundidade histórica, das bases participativas (DEMO, 2001).

Ainda em relação a ser representado ou representante, observa-se nas falas que há sujeitos que não se consideram representantes e igualmente não são considerados por uns, mas são por outros.

Eu não me considero representante, [...] eu não passei por um processo eleitoral fui selecionada [...] me vejo como uma pessoa que está trabalhando a educação para todo mundo, me considero responsável pelo conjunto. Assim, me sinto uma pessoa que está acatando as decisões das chefias de divisões que representam todas as unidades subordinadas a elas [...] da CEEEn e do representante do nível médio e, tenho a incumbência de viabilizá-las (Borboleta, NS).

Eu considero a minha chefia, a DE, a chefia de Divisão e os enfermeiros da CEEEn representantes, porque [...] foram eleitas (Joaninha, NS).

“A representatividade se refere à qualidade política dos representantes e são representativos se tiverem sido obtidos por votação geral e livre, dentro de um ambiente democrático” claro (DEMO, 2001, p. 116). Comparando essa análise com as falas, percebe-se que os trabalhadores entendem que a representação somente existe se as pessoas são escolhidas por eleição para representarem grupos, categorias, com o objetivo de divulgar o trabalho realizado e reivindicar seus interesses. Porém, conforme atestado anteriormente, alguns trabalhadores consideram os profissionais que foram simplesmente selecionados como representante.

Concluindo-se, a DE/HU, apresenta em seus espaços participativos formais uma pseudoparticipação administrativa. Apesar de se organizar por representação, a mesma é formada na sua maioria por dirigentes, o que coloca em dúvida a sua representatividade, visto que estes assumem parcialmente o compromisso com os interesses coletivos, devido às facetas da representação, pois representam também os interesses da Instituição e os próprios interesses,

sobrepondo-se à defesa dos interesses comum. Além disso, constatou-se por meio dos diversos olhares dos sujeitos pesquisados, que a fragilidade ou inexistência da relação entre representado e representante, torna a eleição uma simples delegação de poder que transfere ao representante uma espécie de cheque em branco por vários anos. Uma representação, no sentido preciso do termo, só pode funcionar plenamente se houver conteúdos a representar, o que supõe uma presença ativa dos sujeitos trabalhadores que dão o mandato a seus representantes debatendo o seu conteúdo e avaliando seus resultados, podendo modificar seus termos (MENDONÇA, 1987; DEMO, 2001).

Por outro lado, para efeitos organizacionais, os representantes foram criados para fazer da sua voz o reflexo dos desejos dos representados, com responsabilidade e discernimento. Emerge aqui, que nem sempre aquilo que a grande maioria representada almeja é o mais viável e o melhor. O representante deve ser alguém aberto à reflexão, que consiga driblar as numerosas artimanhas políticas da instituição, para ser um porta-voz crítico daquilo que realmente for de relevância para o grupo representado e para o conjunto de trabalhadores. É importante lembrar, que fora da linha hierárquica, para os demais espaços participativos da DE, os representantes não possuem direito a voto. No entanto, a presença dos mesmos nestes espaços é essencial, pois apesar de não terem o poder do voto, tem o direito a voz e tomam conhecimento do que está acontecendo. Porém, é salutar que na posse dos conhecimentos, esses sirvam para organizar os níveis profissionais da enfermagem coletivamente, para construir uma voz de resistência positiva e de transformação, que ganhará força quando se trabalhar em conjunto.

Por fim, constata-se que os representantes e representados estão no primeiro degrau da escada e que ainda tem uma enorme conquista por fazer, mas pode-se afirmar que a consciência a esse respeito, pelo menos na categoria dos representados, já existe. Porém, alguns dirigentes, por não saberem trabalhar em conjunto, não reconhecem que a gestão participativa é a chave para a cidadania. Pois, ainda a percebem como ameaça ao poder vigente, visto que não vislumbram as possibilidades de mudanças positivas, voltadas para a realização concreta dos objetivos comuns, com isso não investem na mobilização dos trabalhadores e isso termina difundindo-se um sentimento de descrença dos sujeitos trabalhadores. O propósito do diálogo

entre representante e representado é deslocar a discussão do que *eu penso* para o que *nós pensamos* e para isso faz-se necessário descobrir novas formas de conversar, decidir e entrar em ação.

6.3 OS CONDICIONANTES DA PARTICIPAÇÃO VIVENCIADOS PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Esta categoria foi composta por duas subcategorias: **Facilidades no Processo de Participação** e **Dificuldades para o Processo de Participação**. A participação depende grandemente da atitude dos sujeitos, bem como a fatores psicossociais e de estrutura da organização (MENDONÇA, 1987).

6.3.1 Facilidades no processo de participação

Ao se refletir sobre os fatores que **Facilitam**, ou ainda, *estimulam* a participação, se percebeu que os trabalhadores entendem tais fatores como *vantagens* oportunizadas pela participação.

Essas facilidades tiveram uma significativa abrangência, em alguns casos, facilitada pelas chefias ou Direção, sendo, por conseguinte, específicas da *organização do trabalho* de uma Unidade de Serviço ou de uma Comissão, tais como: flexibilidade de horário dado aos sujeitos trabalhadores, representantes ou não, para participarem de comissões, reuniões; espaços para os membros opinarem, argumentarem; a informalidade da chefia para tratar dos problemas da unidade; reconhecimento da importância e do trabalho dos trabalhadores.

[...] o respaldo da chefia, era sempre liberado para atuar na comissão (Avai, NM).

[...] poder ter liberação prevista em escala para participar das reuniões da

minha comissão, se por acaso houver uma reunião extra, sou dispensada para ir, mas depois volto para o meu serviço (Pupi, NM).

[...] a chefia está aqui direto, nos conhece, existe a conversa informal, isso facilita a nossa participação (Bolinha, NM).

O pessoal tem muita coisa para contribuir, as melhores modificações que a gente acaba fazendo no meu setor são tiradas deles, das reuniões, do dia-a-dia (Fofa, NS).

Destacaram, ainda, alguns fatores relacionados ao *próprio sujeito*, como: poder contribuir para a mudança; ter competência profissional; sentir-se parte do processo, mais valorizado; proporciona crescimento pessoal e grupal; trabalhar num hospital; ter iniciativa para buscar informações e ampliar o conhecimento sobre a instituição. Percebe-se que nesses motivos a pessoa sente-se importante em ajudar, colaborar com o outro.

[...] na minha comissão o que facilita minha participação é poder buscar novos conhecimentos para a mesma, é poder trabalhar em conjunto e também o fato de poder contribuir para mudanças, o trabalho em conjunto facilita, o fato de eu me valorizar como profissional (Borboleta, NS).

Sei que é um setor diferente não temos paciente, então estamos sempre discutindo, isso facilita (Fofa, NS).

[...] vou atrás, leio tudo que está no mural, quero saber de tudo, até porque, conhecendo as atribuições posso questionar, investigar. Tenho que ter conhecimento [...] conhecer as pessoas que fazem parte é fundamental (Esperança, NS).

Existem, igualmente, alguns fatores formais provocados pela *estrutura organizacional*, o fato de existirem espaços formalizados de participação que permitem ter representante do nível médio; as características das unidades de trabalho. Esses pontos permitem observar a importância de ser reconhecido, no sentido do saber, do potencial, que também pode estar relacionado a oportunidade de conseguir status. Campos (1997) salienta a importância de valorizar o trabalhador da área da saúde, assinalando com isto a necessidade deste sentir-se criador e ter reconhecido o resultado do seu trabalho. Envolver os participantes da equipe com a elaboração de novas formas de organização, na tomada de decisão, estimula a um só tempo “a liberdade criadora e a delegação ampliada de responsabilidade aos profissionais” (CAMPOS, 1997, p. 235).

Um outro fato percebido é a influência do trabalho em conjunto, do compartilhar no relacionamento interpessoal e no reconhecimento do conflito. Ser

representante possibilita a relação entre os trabalhadores da mesma categoria, bem como de categorias distintas, visando um trabalho mais harmônico, a construção coletiva de espaços e decisões.

O fato de ter um representante valoriza toda uma categoria (Margarida, NM).

É um setor fechado, então senta todo mundo ao redor da mesa [...] até no relacionamento, se por um lado complica porque ficam olhando um para a cara do outro o dia inteiro, por outro facilita isso (Fofa, NS).

Por meio das falas confirma-se que as iniciativas de participação sofrem influência do meio social e que a estrutura organizacional pode viabilizar soluções para que se concretize a participação. Pierantoni (2001) e Gelbcke (2002) afirmam que há princípios da administração pouco utilizados na área da saúde, entre os quais se destaca: o reconhecimento do papel dos trabalhadores na vida da instituição, implicando na adoção de mecanismos participativos de gestão, na responsabilidade dos trabalhadores com os objetivos institucionais, significando a substituição de formas autoritárias de controle por espaços que permitam a manifestação da criatividade e iniciativa do trabalhador. Assim, os gestores passariam a atuar como intermediadores nos processos de negociação, quer internamente na instituição, entre as instituições e o Estado, e também com as corporações profissionais.

No que diz respeito aos fatores psicossociais, observa-se que a **motivação** é um dos fatores predominantes nas falas. Evidencia-se que a forma de organização do trabalho quando oportuniza a liberação do poder e vem acompanhada de incentivos para direcionar o seu uso, desperta o sujeito trabalhador para novas idéias, novas formas de ação, pois permite ser desenvolvido um bem existente em todas as pessoas que é a criatividade. A motivação está ligada ao fato de como o trabalhador processa eventos e fatores ambientais e organizacionais no seu trabalho. É o trabalhador que dá sentido ao seu ambiente de trabalho e uma das formas evidenciadas é a realização de um trabalho conjunto com outros trabalhadores, pois além de permitir o desenvolvimento do raciocínio e da criatividade, neste momento, vários componentes motivacionais são movimentados: auto-afirmação, reforço de auto-imagem de superioridade, status, reconhecimento, gratificação moral e afeto. Com isso, pode-se afirmar que, o fato dos trabalhadores poderem ter poder para co-gerir suas necessidades, possibilita também,

desenvolvimento de uma característica de política social, com a finalidade de superar a situação assistencialista de carência de ajuda, isto é, desenvolvem a autopromoção (MENDONÇA, 1987; BORDENAVE, 1994; DEMO, 2001; MOTTA, 2002; MOSCOVICI, 2003).

Por outro lado, percebe-se na fala de um dos entrevistados, que o mesmo tem clareza que o trabalho conjunto oportuniza conflitos e divergências, mas que esses podem ser uma vantagem. Dessa forma, confirma-se que a participação também é uma forma de regular o conflito relacional, pois toda relação envolve poder e, neste sentido, os sujeitos necessitam apreender a negociar. A negociação significa tratar as divergências, isto é, acomodá-las para que permitam a convivência e a realização coerente dos interesses específicos. É salutar que se compreenda que em instituições onde o modelo tradicional de gerencia está presente, os espaços participativos podem ser conduzidos sob forte emoção coletiva, isto é, podem incidir, segundo Demo (2001, p. 77), nos “vícios da intempestividade, da pressa, da imposição unilateral, da reivindicação intolerante”. Reitera-se que a negociação não pode ser administrada por meio de atitudes domésticas, pois está em jogo o destino do grupo e esse não pode ser decidido a revelia, pois trará conseqüências. A negociação é um instrumento de sobrevivência, é uma saída para se adequar conflitos, é a superação da destruição do grupo. Neste prisma, negociar nada mais é do que convencer, consolidar regras democráticas de jogo, praticar habilidades políticas, dominar técnicas de persuasão, por fim é desenvolver, também, a cultura democrática (MELO, 1987; DEMO, 2001).

Neste contexto, o papel de líder, quer na equipe, representado pelas chefias, ou mesmo por trabalhadores, quer na instituição, ou em comissões, é algo a ser pensado quando se busca a participação. De acordo com Uribe (2001, p. 218) o “líder é quem fomenta os processos de aprendizagem que podem gerar uma liderança disseminada”, sendo que o líder não deve trabalhar sozinho, deve compartilhar os processos de decisão. Desta forma, afirma Gelbcke (2002, p. 230), que a “ocupação dos espaços é uma estratégia a ser utilizada” pela enfermagem, permitindo o reconhecimento da profissão, tanto na instituição como em outros espaços, caracterizando um sujeito politizado, participativo, entre outros.

No que concerne à estrutura organizacional é importante salientar que para viabilizar a participação se faz necessário uma estrutura flexível. Com esse raciocínio pode-se perceber nas falas anteriores dos sujeitos trabalhadores que a

facilidade de participação reside na natureza da tarefa e no desenho da estrutura. Repousa aqui um cuidado, pois a participação está na distribuição do poder, sendo assim, a natureza da tarefa e a estrutura tanto facilitam quanto podem se tornar obstáculos.

Em relação à estrutura entende-se que a mesma foi relacionada à existência de espaços formais que possibilitam a participação indireta, o qual emana de uma valorização da Direção por uma categoria que esteve até pouco tempo mantida à margem. Sob o olhar do entrevistado, a valorização sentida não está no desenvolvimento de tarefa específica, mas nos comportamentos de cidadania, isto é, está no reconhecimento voluntário da Direção quanto as competências para tal papel e esse reconhecimento é consolidado pela estrutura formal. Aqui se ressalta que fenômenos participativos têm correlações positivas entre a satisfação no trabalho e a co-responsabilidade, possibilitando melhor articulação entre a satisfação e a extensão de envolvimento e da identificação do trabalhador com a sua divisão e instituição (MENDONÇA, 1987; TAMAYO, 2004).

Considerando que as características societais e organizacionais representam uma construção social da realidade, a qual necessita ser entendida em termos de raízes históricas dos conflitos e contradições, estas explicam potenciais diferenças das soluções de participação. Sendo assim, observa-se um viés, pois a estrutura organizacional da enfermagem mantém-se de forma piramidal, refletindo uma arbitrariedade na divisão do trabalho e na distribuição da autoridade e da responsabilidade. Mesmo tendo, formalizado há alguns anos, canais de participação, se reitera a possibilidade de ser um mecanismo de participação parcial, no qual o trabalhador não participa de forma efetiva nas tomadas de decisão. Sabe-se que para a participação funcionar, isto é, para atingir seu real significado, a enfermagem necessita de uma estrutura que estabeleça relações entre os sujeitos, para a condução de trabalhos coletivos.

Sob a luz de Motta (2002), a estrutura antes de ser vista como uma dimensão racional deve ser entendida como uma simples opção arbitrária, que se faz em função de circunstâncias específicas. Como foi o caso da enfermagem que sofreu a influência da administração científica e clássica, porque na época acreditava-se que a hierarquia era um fator da eficiência administrativa, apesar de ter sido sempre questionada pela literatura administrativa, principalmente após o movimento das relações humanas.

No entanto, pode uma gestão participativa funcionar dentro de uma estrutura organizacional rígida, em que normas e rotinas direcionam o pensar e o fazer, com uma burocratização significativa? Normas e rotinas são importantes para a instituição, mas segundo Gelbcke (2002) há que se pensar em formas de compartilhar as decisões, instituir normas claras, flexíveis, aplicadas ao coletivo dos trabalhadores, e também que possam ser discutidas e definidas coletivamente. Sendo assim, há que se repensar a cultura organizacional, visando a simplicidade por meio da descentralização, instituindo-se sistemas de informações mais diretos e acessíveis com a finalidade de se aprimorar as comunicações internas, as quais são instrumentos primordiais que oportunizam a participação.

Em contrapartida, os fatores que possibilitam ou estimulam a participação segundo os sujeitos trabalhadores, ao mesmo tempo, podem aparecer como *Dificuldades* ou inibidores da participação, mostrando a ambigüidade dos condicionantes. Aqui também, se considerou os fatores psicossociais e a estrutura organizacional.

6.3.2 Dificuldades para o processo de participação

Muitas foram as dificuldades apresentadas pelos sujeitos trabalhadores que interferem no processo de participação. Chama a atenção que os fatores negativos se destacam em relação aos positivos. Entre os fatores estruturais, os sujeitos trabalhadores entendem que a *Morosidade* do processo, além de desanimar, inibe a participação de uma forma geral, bem como, às vezes, até da chefia. Essa morosidade foi associada à própria burocratização do serviço, a hierarquia, a falta de verbas para concretizar um planejamento. Cabe salientar-se que para os enfermeiros a hierarquia é um obstáculo para a participação.

Tu chegas lá, falas com a chefia, ela diz que vai ver e nesse vai ver a criança já tem dois anos (Esperança, NS).

O fato de o processo ser moroso, requer mais tempo porque você discute, vai e volta, demora mais (Borboleta, NS).

Acontece é que [...] manda-se memorando e não tem resposta, aí tu perguntas – aonde foi parar, será que chegou onde eu queria, será que está sendo feito alguma coisa, isso é muito ruim; a terceirização não funciona, problemas com o ambulatório que ninguém ajuda, problemas de anos que ninguém faz nada, isso desmotiva (Luz, NS).

Quando uma organização adota a participação como um caminho para a não alienação individual e a integração de valores organizacionais deve ter a premissa de que mudanças nas relações de poder, de postura e a aquisição de novas habilidades são primordiais, sendo que não satisfaz somente implantar espaços participativos.

Ao observar os procedimentos participativos implantados na enfermagem, pode-se afirmar que é possível e rápido implantá-los, mas para fazê-los funcionar eficazmente é preciso tempo para a aprendizagem. Este fato é comprovado pelas deficiências apresentadas pelos sujeitos trabalhadores no desenvolvimento do planejamento estratégico participativo, das comissões, colegiados e conselho e no próprio entendimento de participação. Portanto, não é correto afirmar que, a dificuldade da participação está na morosidade dos processos participativos. Mas, há que se pensar que os processos de aprendizagem são lentos, e que é necessário se dar um tempo ao trabalhador para que o mesmo absorva tais conhecimentos e sinta a importância de sua participação, pois (a morosidade está no processo de aprendizagem dos sujeitos em participar dos processos, pois os mesmos não nascem sabendo participar), entretanto vão adquirindo habilidades para participar quando existem oportunidades. Com isso, a participação como afirmam vários autores, é um processo de aprendizagem constante e contínua, pois não se está implantando um novo produto e sim uma nova filosofia política que envolve pessoas. Criar um grupo participativo mexe com dimensões qualitativas, com a dignidade das pessoas, com a expectativa de realização histórica, com a identidade cultural e, ainda, com ideologias e crenças. Logo, é um exercício democrático, em que se aprende a estabelecer rodízio no poder, a eleger, a deselegar, a desburocratizar e especialmente, aprende-se que a tarefa mais importante e criativa dos sujeitos trabalhadores é formar verdadeiros representantes e mantê-los como tais (BORDENAVE, 1994; MAXIMIANO, 1995; DEMO, 2001).

Percebe-se, também, a morosidade ligada à burocracia administrativa. Como toda burocracia é voltada para si mesma, emperra e aliena o serviço e, incorporada à hierarquia, gera uma sensação de estagnação. Na verdade, como bem analisam

Maximiano (1995) e Demo (2001), a burocracia que se preza não funciona, se funciona o faz em operação tartaruga e para funcionar de fato somente por pressão democrática organizada dos interessados, neste caso desburocratizar deve ser uma conquista do coletivo dos trabalhadores, desde que consciente e organizada.

Outro ponto salientado acerca da morosidade, está no tempo para viabilizar as decisões tomadas, como bem explicitou um entrevistado, o que gera certa desconfiança dos trabalhadores em relação ao processo participativo e a atuação das chefias. Muitas vezes, no entanto, as decisões rotineiras e previsíveis são deixadas para a última hora, tornando-as urgentes e inadiáveis, ou seja, não se estabelecendo critérios de prioridade. Esta não priorização pode estar ocorrendo em função de não existir um planejamento e uma análise profunda que antecipe grande parte das urgências instituídas no processo decisório. Por outro lado, quando se instalam processos participativos, os representantes ou demais trabalhadores, muitas vezes entram em cena em etapas do processo, às vezes não o acompanham num todo, gerando também descrença e desmotivação, como se aquilo que foi decidido, não foi implementado (MAXIMIANO, 1995; MOTTA, 2002).

Posto isso, todos esses fatos levantados pelos sujeitos trabalhadores necessitam ser refletidos com maior profundidade, pois podem bloquear o funcionamento da gestão participativa, visto ser um consenso dos sujeitos entrevistados. Cabe salientar-se que, a estrutura organizacional da Diretoria de Enfermagem do HU é grande, complexa e a maioria das chefias ainda não conseguiu entender o processo participativo. No entanto, avaliando-se apenas a questão estrutural e organizativa, é fato que fica difícil todos os sujeitos trabalhadores participarem das decisões, exigindo assim, o estabelecimento de mecanismos mais efetivos de delegação e representação. Esses mecanismos precisam ser criados nas unidades de base.

Outro fator que inibe a participação é a *cobrança*, sendo que segundo um entrevistado, as chefias necessitam reconhecer e valorizar o trabalho que é executado nas unidades e conhecer o tempo disponível para os trabalhadores realizarem suas atribuições e ainda disporem de tempo para participar de atividades mais gerais da categoria.

Uma vez a chefia de Divisão me questionou porque eu não participava mais, não me envolvia como antes, então nós temos aqui uma gama de atribuições que infelizmente ninguém pode fazer nosso trabalho (Fofa, NS).

[...] existe muita cobrança aqui também – ah, porque tu sabes chamar as pessoas – lá ia eu, me envolvia, então essas coisas sobrecarregam (Borboleta, NS).

A participação pode ser induzida, mas não pode ser exigida, precisa ser espontânea, as pessoas precisam querer participar. As chefias precisam valorizar a participação efetiva dos trabalhadores, viabilizando, inclusive tal participação. Por outro lado, o sujeito trabalhador pode não querer participar porque não está havendo um fluxo de informações que o mantenha bem informado sobre o que acontece fora de sua unidade e também, um mecanismo de realimentação com a finalidade de fazer com que o sujeito trabalhador reconheça efetivamente às consequências de sua participação e o resultado da ação coletiva. Sabe-se que nossa cultura é imediatista, o sujeito não se envolve se os resultados não forem imediatos, porém canais de informações e diálogos constantes permitem ao sujeito desenvolver a capacidade de esperar recompensas demoradas.

É importante, também, que os trabalhadores tenham a noção clara de que participar é poder dizer não e explicar ao grupo que há limites, tentar agradar a todos é uma fórmula que inviabiliza a participação, isto é, o consenso é a negação da liderança (MAXIMIANO, 1995).

A *informação* é um outro fator que dificulta a participação. Segundo os entrevistados, a falta de informação sobre o que acontece na instituição, na DE, além de dificultar impede aos trabalhadores refletirem sobre novas formas de melhorar a participação. Enfatizam também, que o fato de não conhecerem o processo de participação ou de não acompanharem a implantação faz com que se omitam.

[...] é quando as pessoas desconhecem o processo de participação e se omitem [...] hoje as pessoas entram e a proposta está pronta, elas não participam da criação, a participação delas é restrita porque não houve a oportunidade de acompanhar o processo (Borboleta, NS).

A falta de informação dificulta a participação e de até em se pensar em novas formas de melhorar a participação (Daniel, NM).

[...] não existe uma divulgação, informação necessária sobre o papel da comissão para o pessoal (Pupi, NM).

Frente a essas falas, faz-se necessário refletir que tanto as chefias como os sujeitos trabalhadores ainda apresentam dificuldades para viabilizar processos participativos efetivos. Há um amadurecimento teórico entre os sujeitos

trabalhadores de que, para haver uma participação efetiva, é necessário existir uma atenção muito maior a explicações, opiniões e solicitações. Sendo assim, pode-se afirmar que a DE necessita desenvolver e aprimorar canais de comunicação mais expressivos, e que os representantes aperfeiçoem suas capacidades de: ouvir, dialogar, informar, realimentar e conhecer bem o grupo ao qual representam. É verdade que o padrão de comunicação e informação está ligado ao objetivo da participação e as características pessoais das lideranças e esses exercem influência sobre o comportamento dos membros do grupo ou da equipe de trabalho. Não se pode esperar uma participação efetiva de um grupo se este desconhece a instituição, seus regimentos, sua filosofia.

Para funcionarem os espaços formais efetivamente e outros virem a existir, as lideranças precisam apreender a dialogar e a informar. Quando se fala em saber ouvir, fala-se em abrir canais de comunicação, sejam eles: pesquisa de clima organizacional, reuniões de trabalhadores com suas chefias, reuniões de trabalhadores, diálogo direto e franco que é de suma importância, ou outro espaço com o objetivo de ouvir o trabalhador a respeito de seus motivos de satisfação ou insatisfação com a qualidade de administração da instituição. Para a participação, isso é fundamental, porque o sujeito trabalhador que presta assistência tem informações valiosas e concretas sobre problemas e necessidades, reclamações ou elogios de clientes e outros aspectos ligados à administração. Dessa forma, os dirigentes poderão ter uma idéia real da realidade, em contrapartida, quando repassam informações sobre as condições reais da instituição, favorecem a igualdade de percepção que é favorável à participação. Se a participação requer intervenção das pessoas nas decisões, as mesmas precisam ser informadas sobre os problemas, os planos, os recursos, o funcionamento da instituição (MENDONÇA, 1987; BORDENAVE, 1994; MAXIMIANO, 1995; DEMO, 2001).

Quanto à questão de não acompanharem todo o processo de implantação dos espaços formais, salienta-se que é de suma importância numa gestão participativa o sujeito trabalhador acompanhar o planejamento e a execução de um processo ou atividade, pois assim se sentirá co-responsável pelo seu desenvolvimento. Entretanto, quando o sujeito trabalhador é inserido na instituição em que os processos já estão implantados, em andamento, é necessário que o mesmo receba todas as informações sobre o processo: como surgiu, qual a finalidade, como funciona, quem são os representantes. Essas explicações são

necessárias para que o sujeito trabalhador entenda o processo e possa tomá-lo como seu, do contrário não haverá envolvimento.

Posto isto, ao comparar-se esta categoria com a primeira (Processo de Participação: algo conquistado ou consentido?) percebe-se nas verbalizações uma ambigüidade, pois ao mesmo tempo em que afirmam ser repassadas informações sobre a DE e o HU, durante o POI, relatam desconhecê-los. Assim sendo, talvez seja necessário questionar: porque não assimilam as informações? Frente a essa indagação um sujeito trabalhador explicitou o seguinte:

[...] as coisas que são passadas no POI eles esquecem pela ansiedade de estarem entrando [...] acho que deveria existir um Pós-POI [...] depois de um ano ou no decorrer da vida para ter um acompanhamento (Fofa NS).

É fato concreto que o trabalhador quando ingressa numa instituição chega motivado, pois as perspectivas de mudanças positivas na vida pessoal geram motivação. Mas, o momento inicial da vida profissional ou institucional dos trabalhadores, ou melhor, a sua inserção engloba várias sensações e sentimentos: incerteza, insegurança, medo, ansiedade, desejos de aprender, de ser aceito, respeitado e amado. Todos esses estados psicológicos representam a fragilidade natural dos trabalhadores em seus primeiros contatos com a instituição e, muitas vezes, segundo Leite e Ferreira (1997, p. 45) “com o campo concreto de trabalho, evidenciando carências e cuidados especiais inerentes a esse processo de inserção institucional para facilitar todo o processo interativo pessoal e profissional”. Todos esses aspectos podem interferir de forma significativa na assimilação das informações recebidas no POI, visto que ocorre na fase de inclusão.

Identificou-se, também, alguns fatores inibitórios ou dificultantes da participação ligados a fatores psicossociais como: *a falta de interesse e compromisso, a questão salarial, e a sobrecarga de trabalho*. Segundo os entrevistados, esses fatores influenciam significativamente no envolvimento com as questões ligadas à instituição ou à enfermagem.

[...] as pessoas [...] só fazem reivindicações pelos seus direitos e nunca pelos deveres. Eu nunca vi ninguém numa reunião falar – temos horário para ser cumprido (Bolinha, NM).

[...] a gente percebe um descompromisso muito grande, porque, se eu não participo, não preciso me envolver com nada. Se envolver dá trabalho [...] ser cidadão significa se envolver, pensar, não é só no discurso de que tudo é ruim, só fazendo críticas para as coisas que não estão certas, mas sim,

como é possível melhorar (Joaninha, NS).

Estão desanimados porque é o reajuste salarial que não é dado, que não é culpa de uma diretoria é de uma política mesmo [...] a falta de profissionais sobrecarrega os outros, também tem a falta de condições de trabalho – camas precárias, material precário (Luz, NS).

[...] vejo assim, a maioria dos funcionários antigos tem um emprego, hoje em dia as pessoas já fazem faculdade tendo dois empregos, quando não, ao se formarem eles já estão preocupados em arrumar no mínimo dois. Mudou. Elas já saem desse meio assim [...] porque elas têm que fazer... fazer, não sobra tempo para ir a uma reunião [...] isso modifica tudo, pois infelizmente a enfermagem paga mal e parece que tem aquela coisa de ganhar aquele tanto (Fofa, NS).

Falar sobre esses fatores, remete outra vez a refletir-se sobre as questões da macroestrutura, que muitas vezes ultrapassam a própria instituição. A falta de interesse reflete nas relações de trabalho e uma das possíveis causas está na política de governo, já por as Políticas de Saúde vir exigindo acesso e melhorias na qualidade do atendimento, porém apresentam uma política de recursos humanos deficitária. A esta questão soma-se a falta de vagas para algumas categorias ou a impossibilidade de preenchimento em outras; as múltiplas jornadas de trabalho para completar o orçamento familiar, por meio de mais empregos devido a defasagem salarial, com isso, a carga horária excessiva dificulta e reduz a qualidade e o interesse pelo trabalho. Além dos baixos salários, enfrentam a disparidade salarial entre trabalhadores que ocupam o mesmo cargo nos três níveis de governo, acarretando falta de motivação. Com tudo isso, o trabalhador não tem tranquilidade, vive estressado, não cumpre seu horário direito e falta em demasia ao trabalho. Esse quadro político ocasiona o desinteresse dos trabalhadores, pois gera insatisfação, prejudicando a interação nas relações de trabalho e aumentando o desgaste dos diretores da instituição que pouco podem fazer.

Neste sentido, Gelbcke (2002, p. 105) afirma que as “transformações que têm se dado no mundo do trabalho repercutem na enfermagem. Estes aspectos se manifestam nos trabalhadores como medo do desemprego, submissão a jornadas extensas de trabalho, baixos padrões salariais”. Ressalta a autora que, percebe-se essas crises quando o trabalhador manifesta seus medos e suas incertezas frente ao mundo do trabalho.

Mas será que o salário é tudo? Uma entrevistada relatou “não é só salário, as pessoas não estão aqui só por isso, tem outras coisas em questão” (Luz, NS).

Neste contexto, se observa no cotidiano, que os trabalhadores buscam satisfazer suas necessidades de diferentes formas, por meio do salário satisfazem suas necessidades de sobrevivência, mas as necessidades pessoais podem ser satisfeitas de outras formas, como por meio de gratificações, de reconhecimento pessoal e profissional. Como a satisfação é permeada de subjetividade, significa que trabalhadores de um mesmo contexto organizacional experimentam gratificações de formas e intensidades diferenciadas, sendo que essas percepções, quando não satisfeitas, podem levar o trabalhador a perder o orgulho profissional e o sentido de pertencimento organizacional. (MOSCOVICI, 2003; TAMAYO, 2004). No entanto, o trabalhador mesmo frente as adversidades procura no compartilhar, na solidariedade fortalecer a si e aos outros (GELBCKE, 2002).

Por outro lado, o fator desinteresse é visualizado mais pelos trabalhadores antigos, significando uma possível crise interna e de transição cultural provocada pelos novos integrantes da instituição, representando duas forças, traduzidas em formas distintas de manifestação na instituição. Essas forças formam uma arena política que implica, segundo o referencial teórico metodológico, a presença de jogos políticos e “confrontos” de grupos ou pessoas que lutam para impor suas diretrizes, como forma de demonstrar a superação da dicotomia estrutura-ação ou para manter um valor ligado a historicidade da instituição e à própria enfermagem. Essas forças de poder coexistentes influenciam no interesse e no compromisso do trabalhador, pois criam um clima de desconfiança de ambos os lados, que pode estar se manifestando pela: falta de discussões dos objetivos institucionais, a não participação na tomada de decisão, a inexistência de condições adequadas de trabalho, conflito entre dois modelos gerenciais (tradicional e participativo), poderes paralelos, entre outros (MOSCOVICI, 2003; TAMAYO, 2004).

Acredita-se ser difícil para o trabalhador que contribuiu na construção histórica do HU e da enfermagem, aceitar essa pressão por mudanças. É importante para esses trabalhadores a manutenção do *status quo*. Não dirigi-se aqui as questões de poder, mas sim, de valores que representam uma história de luta por espaço da profissão dentro da organização, manifestada por muitos trabalhadores como orgulho por fazerem parte da instituição. Neste sentido, Capella et al. (2002) relatam que a enfermagem do HU tem no seu imaginário simbólico uma idealização social, bem como, uma sensação de vitória como marco e característica da história da enfermagem na instituição, pois enfrentam desafios, abrem caminhos e lutam por

seus objetivos. Há, no entanto, um processo de mudança, implicando em rever as formas de organização do trabalho, a filosofia da diretoria de enfermagem, os valores da organização.

Esta inquietude de alguns, analisando o processo de mudança organizacional se confronta com a acomodação de outros, que entendem que a participação é importante apenas como um espaço de conquista de direitos. Há, portanto, que se pensar em buscar espaços de participação efetiva. No sentido de que todos possam se sentir integrantes da instituição, não para “vestir a camisa” e ser mais explorado, ou seja, que aumente a sua produtividade, mas que possa ser um sujeito ativo, representativo, que participe do processo de construção coletiva, possibilitando a afirmação de sua cidadania (BORDENAVE, 1994; DEMO, 2001; GELBCKE, 2002; TAMAYO, 2004). O trabalhador, ao entender a participação como um componente para a conquista de sua cidadania, também visualiza na instituição, além dos seus direitos, igualmente os seus deveres, garantindo a sua individualidade, mas também o seu papel na instituição.

Desta forma, há de se superar as dicotomias pessoais, institucionais e profissionais, entendendo-as como complementares, visando o crescimento pessoal e institucional. Isto não significa escamotear os conflitos organizacionais, tão ao gosto das teorias administrativas. Há que se lembrar que é inevitável o conflito entre trabalhador e organização, os quais são pólos de tensão permanentes, e por isto mesmo, impulsionam tanto indivíduos quanto organizações (GELBCKE, 2002). Para superar os conflitos, afirma Leite (2000, p. 116), é preciso “negociar, debater, discutir e criticar, sempre no critério da verdade das vontades e necessidades”.

Outro fator apontado pelos trabalhadores refere-se a *falta de preparo* das pessoas, interferindo na participação. Esta falta de preparo está atrelada a educação para a cidadania, conseqüentemente para a participação, mas também, no desenvolvimento da capacidade dos trabalhadores em geral em adquirir posturas mais flexíveis, se instrumentalizar para liderar.

Tu decidir sobre o teu trabalho, muitas vezes aumenta mais a bagunça [...] tem que existir pessoas, enfermeiros mais preparados para conduzir o trabalho, para propiciar integração (Daniel, NM).

A partir desta constatação, enfatiza-se a necessidade de capacitação permanente dos trabalhadores, e em especial dos enfermeiros (já que são estes

profissionais que desempenham o papel de líderes junto à equipe), para atuarem como líderes de fato. Para isso, precisam integrar conhecimentos nas suas múltiplas dimensões, para que consigam realizar suas ações buscando o crescimento grupal, estimulando o desenvolvimento do potencial do trabalhador para a participação. A organização do trabalho deve ser vista, como uma relação socialmente construída e não somente em sua dimensão técnica, cognitiva e física. Neste contexto, a organização do trabalho aparece, também, como uma relação intersubjetiva e uma relação social exigindo sempre reajustes e reinterpretações pelos sujeitos sociais. Segundo Dejours (2001, p. 40) o homem é um ser pensante e por isso, pensa sua relação no trabalho, produzindo interpretações de sua situação e de suas condições. Após, “socializa essas últimas em atos intersubjetivos, reage e organiza-se mentalmente, afetiva e fisicamente, em função de suas interpretações, age, enfim, sobre o próprio processo de trabalho e traz contribuições à construção e evolução das relações sociais de trabalho”. Assim, estabelece a tensão entre objetividade do mundo real e a subjetividade do indivíduo que o realiza, configurando este conflito estão as características do próprio trabalho, uma vez que cada relação de trabalho possui uma dinâmica própria, em que as possibilidades de expressões humanas vão variar em maior ou menor grau.

Com isso, evidencia-se ser necessário situar melhor as relações de trabalho do enfermeiro e dos demais trabalhadores, a fim de favorecer o exercício da autonomia, oportunizando ambientes mais adequados e organizados, com características humanas, possibilitando alcançar maior qualidade ao desenvolver o processo de trabalho. Quando fala-se em autonomia, se está somente afirmando que no processo de trabalho a autonomia não é para o trabalho, precisa ser vista como um espaço de liberdade, de criatividade, para discutir, analisar, articular e definir áreas prioritárias de atuação, igualmente, um espaço para a produção de conhecimento a partir da realidade. Assim, o processo de trabalho do enfermeiro, passa a ser caracterizado de fato, como uma prática social e política, com o dever de capacitar os demais trabalhadores para a participação organizada.

Enfatiza-se que é muito importante para a democracia que o desenvolvimento da participação seja organizado, isto é, o enfermeiro como coordenador de equipe de trabalho precisa aprender a conhecer a realidade, refletir, superar contradições, distinguir efeitos e causas, observações de inferências e fatos de julgamentos, ao mesmo tempo, capacitando sua equipe para esse aprendizado. Infelizmente isso é

apreendido somente na prática diária e grupal, por isso faz-se necessário primeiramente a mudança de comportamento, de pensamento e de processos de comunicação. É imprescindível o entendimento que cada pessoa participa de sua maneira e esta vai depender de seu estilo pessoal. Os sujeitos podem ser: tímidos, extrovertidos, gregários, solitários, líderes e outros que gostam simplesmente de segui-los. Porém, salienta-se que o sucesso está justamente no aproveitamento dessas diferenças de personalidades. Outro fator indispensável para a eficiência da participação repousa no entendimento de que num grupo que adota um processo participativo, nem todo mundo a todo tempo deve participar de tudo, pois isso levaria a anarquia. O grupo precisa estar ciente desse processo, do seu significado e decidir conjuntamente quando tais ou quais membros devem participar ou não, em qual atividade e, acima de tudo, quais os assuntos que devem ser objeto de decisão por um grupo delegado. Dessa forma, pode-se dizer que o enfermeiro como autoridade cumpriria o seu papel e também, assumiria sua responsabilidade de coordenar com o aval recebido no pleito eleitoral.

Para melhor compreender, busco em Leite e Ferreira (1998) as diferentes atuações que permeiam a dinâmica da liderança. Na fase de inclusão o enfermeiro deve exercer uma liderança construtiva e educativa: deve ser exercida de forma construtiva, isto é, facilitar e adaptar a inserção do sujeito trabalhador no ambiente do trabalho, profissional, operativo e organizacional; na fase de controle sobre-sai a liderança atuante e diretiva: deve ser atuante, isto é, acompanhar o sujeito trabalhador sinalizando sua atuação, seja definindo limites ou reconhecendo diferenças individuais e controlando o trabalho realizado, reorientando quando necessário ou verbalizando aprovações; na fase de ajustamento deve desempenhar uma liderança dialógica e participativa: o enfermeiro aqui não foge de sua responsabilidade, valoriza a autonomia dos trabalhadores, mas também toma decisões quando necessário, buscando mecanismos eficientes de interação e de diálogo na equipe, de forma profissionalizada; na fase de avaliação desempenha a liderança integradora e consultiva: facilita a avaliação e organização dos processos vividos, promovendo a auto-avaliação e a hetero-avaliação, promovendo a reorientação dos planejamentos e dos encaminhamentos, devendo ser um processo sistêmico permanente.

Sob a luz desse mesmo referencial, salienta-se que o desafio dos enfermeiros versa em estampar como bem colocam Leite e Ferreira (1998, p. 80)

[...] sua marca ao papel gerencial numa ação profissionalizada, superando os personalismos autocráticos e as omissões ou opressões burocráticas, com vista a desenvolver uma ação fortalecedora não só a nível pessoal, mas a todo o grupo, facilitando-lhe o amadurecimento de sua capacidade de auto-organização, na sua efetiva transformação de grupo em equipe.

Contudo, ressalta-se que a organização traduz um aspecto importante da competência democrática, por coerência participativa, bem como, por estratégias de mobilização e influência. Porém, essas estratégias precisam ter relevância social, isto é, transformadoras, pois utilizar formas de participação não organizadas, por mais crítica que seja a cidadania individual não garante que a mesma possibilitará transformações.

6.4 PREPARANDO A ENFERMAGEM PARA UMA GESTÃO PARTICIPATIVA

Embora a estrutura da enfermagem do HU ainda esteja comprometida com velhos paradigmas, denotam-se sinais de modernização mediante os espaços formais e informais existentes de participação e a vontade da nova direção em implantar a Gestão Participativa.

Em decorrência dessa experiência e aprendizagem vivenciadas timidamente pelos sujeitos trabalhadores, somadas a inclusão de novas idéias, sentimentos, atitudes e comportamentos oriundos dos novos profissionais, do novo modelo de gestão e, também, da influência das mudanças externas de caráter político-social, percebe-se certo grau de desequilíbrio interno que está propiciando alterações positivas nas percepções dos trabalhadores. Essas alterações de percepções são alcançadas através de questionamentos, introdução de novas informações, dúvidas, insatisfações, o que leva a sensibilização e a conscientização de problemas e necessidades de algumas mudanças para resolvê-los.

Dentro desse pensar, essa pesquisa encorajou os trabalhadores a discutirem sua realidade e estes apresentaram idéias e alternativas para que a Enfermagem e o HU continuem avançando democraticamente.

A nossa enfermagem tem tudo para andar sempre para frente [...] já

trabalhei em outros hospitais e é tudo de cima para baixo [...] aqui temos eleições, somos mais democráticos, em certo ponto estamos mais avançados [...] mas isso não quer dizer que temos que ficar por aqui, tem que continuar inovando (Avai, NM).

A enfermagem aqui está muito organizada [...] é outro nível, outra forma de trabalhar [...] acho que é por aí mesmo, tem que continuar (Margarida, NM).

Assim sendo, as mudanças sugeridas pelos sujeitos trabalhadores configuram a DE e o HU, não somente como unidades de produção de serviços, mas também, como espaços sociais. Sendo considerados espaços sociais, os sujeitos trabalhadores almejam poder realizar aprendizagens mais significativas para o desenvolvimento dos seus potenciais inexplorados, oportunizando utilizarem seus talentos em prol do seu próprio desenvolvimento, bem como da profissão e instituição, por conseguinte da sociedade. Percebe-se, também, que as mudanças sugeridas são ações sérias e realmente desejadas abrangendo o coletivo, ensejando condições para uma gestão participativa efetiva. Neste sentido afirma Gelbcke (2002, p. 220) que as “mudanças não ocorrem apenas pela introdução de normas, mas muito mais pela vontade ou desejo daqueles que compõe a organização”.

Posto isso, se pode perceber nesta categoria temática, que algumas vontades e desejos dos sujeitos trabalhadores buscam informalizar a estrutura da DE. Esse desejo corrobora com Rivera (2003, p. 185-186) que afirma ser “a gerência participativa, as práticas de delegação e de descentralização, a informalização das estruturas, os eixos do novo estilo de gerenciamento”. Ainda alerta, que a “profissionalização ou o desafio de estruturação da organização a partir do conhecimento passa a ser mais importante do que as estruturas e procedimentos”.

No entanto, alguns indicativos de mudança apontados pelos trabalhadores necessitaram uma maior reflexão, pois algumas transformações sugeridas ocasionam obstruções na condução dos processos participativos e também, determinadas sugestões inviabilizavam o sentido de participação devido certa inabilidade, desconhecimento do assunto e imaturidade política dos trabalhadores.

Sendo assim, após analisar-se todas as estratégias sugeridas de mudanças e melhorias, foi possível compor duas subcategorias: **Revendo os Processos de Escolha e Espaços Formais e Informais – ampliando horizontes.**

6.4.1 Revendo os processos de escolha

Os sujeitos trabalhadores refletiram sobre os dois processos de escolha (eleição e seleção) e buscaram por meio das experiências vividas, os aspectos negativos e positivos de ambos e indicaram caminhos para uma nova realidade. Considera-se de extrema importância as idéias expressas que originam um plano de ação contribuindo para mudanças na organização política dos processos de escolha da representação (delegação), possibilitando um exercício pleno de cidadania e reconhecimento e valorização profissional.

Nestes novos caminhos identificaram como forma de efetivar a participação no processo eleitoral da enfermagem as seguintes estratégias:

1. Instituir eleições para todos os cargos de coordenação e representação existentes nas Comissões de Assessorias Permanentes;
2. Estabelecer tempo de ocupação em todos os cargos diretivos, isto é, prever o número de reeleição dos eleitos para o mesmo cargo;
3. Considerar o curriculum dos candidatos na categoria de representantes nas comissões como uma pré-seleção;
4. Possibilitar discussões sobre o melhor perfil²⁶ e traçá-los para os cargos de coordenadores das comissões permanentes, bem como, para cargos de chefias e direção, sendo que esta característica deve ser considerada um pré-requisito;
5. Instituir plano de trabalho a ser apresentado pelos futuros candidatos durante a campanha eleitoral.

A proposta dos trabalhadores efetua a junção dos dois processos de escolha (eleição e seleção por currículo), pois concebem ser de suma importância atribuir valor ao esforço individual na busca constante de aperfeiçoamento, capacitações, desempenho profissional, sendo esta reconhecida no momento da avaliação do

²⁶ Com base em Chiavenato (1999), neste estudo os cargos de coordenadores das comissões estão condicionados ao conteúdo e a forma (grau de especialização) de cada cargo a ser ocupado, exigindo qualificação adicional de seu ocupante, o que os separa dos cargos de enfermeiro assistencial, chefias. Assim sendo, cada Comissão exige determinados perfis profissionais, isto é, certas competências específicas (pessoal, tecnológica, metodológica e social), variedades de habilidades e conhecimentos do seu coordenador ocupante para que seja bem desempenhada, bem como uma forte identificação com a tarefa, autonomia, flexibilidade e saber trabalhar em equipe.

currículo do candidato ao cargo. Porém, acreditam que esta avaliação não deve ser generalizada, isto é, devem ser considerados, exigidos alguns requisitos importantes para o exercício de determinados cargos.

A permanência nos cargos de chefias deveria ser menor [...] deve ser previsto no máximo dois mandatos, como é para Presidente de República, para dar chance para outros [...] para as comissões deveria existir uma pré-seleção por currículo e após os candidatos passariam pela eleição (Luz, NS).

[...] deveria ser unidas as duas formas, fazer uma prévia por currículo evidenciando capacidades e após ter uma eleição entre os classificados [...] mas, precisa ter chapas para as comissões, com propostas, com plano de trabalho [...] existem profissionais com perfis para determinados cargos e é isso que temos que ver também [...] as candidatas a chefias deveriam também ter uma proposta de trabalho para saber em que estamos votando (Sol, NM).

Estas estratégias específicas procuram resolver o problema da longa permanência das mesmas pessoas nos cargos de chefias e de coordenação dos espaços participativos formais; preencher as lacunas normativas do RI da DE em relação à periodicidade de mandato dos representantes também, traz o desejo de discutir politicamente o perfil dos representantes na tentativa de romper com as escolhas permissivas (chefes bonzinhos). Além disso, Gelbcke (2002) lembra que o processo eleitoral é um dos instrumentos democráticos que permite a participação mais ativa do trabalhador no processo decisório.

O ato de refletir sobre a realidade vivenciada, isto é, sobre as insatisfações, satisfações com os processos de escolha, oportunizam ao trabalhador o desenvolvimento da consciência crítica. Esta tomada de consciência, para ser plena, além de derivar de leituras e reflexões, necessita sair do discurso meramente pejorativo, da ilusão de neutralidade, da submissão, da despolitização e se transformar em ação. Estas ações brotarão quando forem fundamentadas na visão adequada da realidade, na organização social-política dos trabalhadores, que coletivamente viabilizaram lutas para transformar a estrutura social organizativa do trabalho da enfermagem em busca de uma maior democracia. Em termos gerais, a participação é representada por procedimentos, neste caso, o processo de escolha possui um sistema de regras definidas, as alterações sugeridas, se implantadas, passam a fixar normas mais democráticas para a ordenação social, visto que propiciarão uma melhor distribuição de poder, com as adequações na periodicidade de mandato (ALVES, 2000; KISSLER, 2004).

Quanto à preocupação referida ao perfil necessário para os cargos, acredita-

se ser de suma importância iniciar pela orientação sobre as atribuições e as implicações políticas institucionais de cada cargo (Reitor, Diretor Geral, Diretoria de Enfermagem, Chefia de Serviço, Divisão, Coordenadores das Comissões Permanentes). É fato percebido nas entrevistas que os trabalhadores desconhecem politicamente a estrutura principalmente da DE, bem como, os regimentos e atribuições dos cargos diretivos e de assessoria, impedindo uma avaliação mais criteriosa, adequada, madura, quanto ao perfil dos candidatos para determinados cargos. Aliado a isto, a deturpação feita do processo eleitoral explicitada por alguns, está na própria dificuldade do trabalhador em se organizar, mobilizar-se para uma discussão, em pensar politicamente sobre o que é melhor para a instituição. Historicamente a enfermagem demonstra desmobilização política, visto o número de profissionais que comparecem nos debates entre os candidatos a Diretor, Reitor ou que buscam informações sobre as propostas de trabalho e ainda, da própria participação no pleito eleitoral e nos órgãos de classe.

Salienta-se que não somente a eleição/escolha dos candidatos deveria ser uma preocupação constante, mas sim para a participação, reitera-se ser emergente conhecer e discutir politicamente a estrutura organizativa da DE e do HU. Ao mesmo tempo, não se pode culpar somente os anos de submissão em que a maioria dos trabalhadores se deixaram induzir ao conformismo, mas também, existe certo grau de comodismo sempre a espera de ajuda externa sem atinar que dessa forma nada se transforma. Do mesmo modo, não se pode esperar que adquiram o hábito com facilidade, pois é natural que isso aconteça em locais onde nunca se buscou ou pouco se estimulou discutir os problemas em comum. Todavia, essa preocupação com o perfil dos candidatos emerge da vivência mesmo desordenada, tímida, dos espaços de participação já existentes, que vêm proporcionando um amadurecimento, confirmando a afirmação de Mendonça (1987), Bordenave (1994), Demo (2001), entre outros, de que só se aprende a participar – participando.

Entretanto, o próprio processo eleitoral é complexo e frágil, mas as propostas efetuadas pelos trabalhadores são fórmulas que podem vir a fortificá-lo. No entanto, isso não é tudo, outros fatores precisam ser levados em consideração na hora de pensar um perfil: as lideranças precisam adquirir, expandir ou reformular seus conhecimentos, habilidades e atitudes, para se prepararem para posições de maior responsabilidade e flexibilidade coletiva.

Quanto à necessidade de existir um plano de trabalho dos candidatos, pode-

se afirmar que os trabalhadores almejam medir o grau de comprometimento que o futuro candidato terá com o cargo, para quem sabe aprenderem a exercerem seu direito de controle do poder delegado. Atualmente, na enfermagem do HU, somente o candidato a Diretor da DE apresenta plano de trabalho e o mesmo é discutido durante a campanha eleitoral, os demais candidatos aos cargos hierárquicos não apresentam plano e também, não fazem campanha. Reitera-se que a falta de um plano de ação e de discussão do mesmo com os trabalhadores impede uma análise, uma abordagem mais precisa do candidato, no que diz respeito ao conhecimento da instituição, unidade de serviço, a competência técnica e interpessoal para o cargo e as habilidades técnicas gerenciais congruentes com o modelo de gestão vigente ou almejado.

Além disso, os trabalhadores reivindicam igualdade de participação no poder de escolha para todos os coordenadores das comissões permanentes. Por meio dessa estratégia os trabalhadores poderão exercer plenamente e efetivamente o seu direito e dever de escolher seus representantes, defendendo dessa forma seus interesses. Atualmente, os entrevistados garantem poder de voto apenas para os seus pares na comissão de ética, não sendo permitido aos mesmos a escolha dos enfermeiros representantes nas demais comissões. Com essa estratégia, os trabalhadores buscam a redução das desigualdades existentes nesse instrumento participativo e assim, podem vir a exercitar o que Bordenave (1994) e Demo (2001) denominam de participação conquistada, porém desde que se organizem e lutem para que sejam implantadas as mudanças por eles almejadas. Ao continuarem esperando que as mudanças sejam provocadas pela Diretora de Enfermagem, os trabalhadores de enfermagem do HU permanecerão com uma participação apenas consentida.

6.4.2 Os Espaços formais e informais – ampliando horizontes

Com base nas reflexões e análises dos trabalhadores, sugeriu-se algumas mudanças para que esses espaços possam de fato propiciar uma participação efetiva e melhorar as relações interpessoais. Salienta-se que nesta subcategoria serão pontuados os espaços formais e informais que apresentaram sugestões significativas que propiciam mudanças na estrutura organizativa da DE. Outras ações sugeridas serão também pontuadas, pois segundo os trabalhadores são

fundamentais para a mudança de comportamento, bem como, para a materialização dos processos participativos. As demais sugestões de melhorias referendadas neste estudo, principalmente no que diz respeito às Comissões de Assessorias Permanentes foram descritas na primeira categoria intitulada “Processo de Participação: algo conquistada ou consentido?”.

6.4.2.1 Assembléia Geral da Enfermagem

Conforme as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, entre elas, as impossibilidades de todos estarem presentes nas assembléias, acreditam que a mesma, para ser efetiva deveria funcionar da seguinte forma:

1. Ter um sistema de representação, em que todas as unidades de serviços da enfermagem escolheriam um (01) representante – delegado, para vocalizar a vontade dos demais trabalhadores das respectivas unidades.
2. Deve ser enviado para as unidades os pontos que serão debatidos e votados com antecedência, oportunizando assim, o debate nas unidades e as alterações sugeridas que seriam levadas e defendidas pelos delegados.

[...] poderia funcionar com representante – a proposta é enviada para as unidades que vai discutir e votar – o representante leva o voto de sua unidade para a assembléia que discute e ganha a proposta conforme a somatória das porcentagens – se houver mais de uma e ficou inconclusivo, o representante retorna com as mais votadas e nos setores se discute de novo e votasse – ele retorna para a nova assembléia e contasse as porcentagens (Bolinha, NM).

Vale ressaltar, no entanto, que as assembléias sempre são seguidas de um edital de convocação enviado pela Diretora de Enfermagem para todos os Serviços, com a pauta explicitada, com tempo hábil para discussões, sendo este fixado nos murais dos postos de enfermagem ou nas salas de lanches de cada unidade. Isso mais uma vez demonstra o desconhecimento e até certo grau de desinteresse dos trabalhadores em lerem os comunicados nos respectivos murais.

Observa-se que esta nova estruturação da assembléia por representação explicitada, na verdade já existe extra-oficialmente, pois foi relatado nas falas dos

trabalhadores anteriormente, os diversos motivos que impediam a presença de todos nas assembléias. Este fato faz com que algumas unidades escolham voluntariamente alguns trabalhadores para representá-los, indicando assim, que a deficiência novamente recai sobre o papel do representante que não repassa os informes e as decisões tomadas, bem como, demonstra também, a inércia dos demais trabalhadores que não questionam os representantes sobre os assuntos discutidos e aprovados. Sendo assim, essa proposta não resolveria o problema decorrente da indisponibilidade da participação dos trabalhadores.

Porém, é importante reiterar-se que muitas vezes será impossível a participação de todos na assembléia, necessitando sim existir essa representação informal. Porém, o desempenho do papel de representante na assembléia é fundamental, pois o mesmo atuará como um líder da sua equipe (unidade) naquele momento, auxiliando nas decisões, pois terá poder de voz. Por outro lado, Bordenave (1994), Mendonça (1985), Demo (2001), Motta (2002) são contundentes ao afirmarem que não há democracia sem base. Sabemos que a atitude dos trabalhadores é muitas vezes impulsionada pelas lideranças. Sendo assim, para o funcionamento efetivo da assembléia é fundamental o papel das chefias, dos líderes naturais existentes nos grupos com o objetivo de esclarecer, estimular a participação dos mesmos, como também propiciar debates sobre a pauta da assembléia nas próprias unidades. Deste modo, essas lideranças estarão exercendo a função de auxiliar o amadurecimento das bases participativas, que não é fácil, pois se percebe ainda um comodismo, uma falta de organização política. Em contrapartida os sujeitos trabalhadores (base) precisam se conscientizar no sentido de que não podem esperar que o representante formal ou informal - o líder natural faça tudo sozinho, substituindo-os, como se fosse obrigação deste líder resolver, opinar e decidir na assembléia sobre os rumos da unidade ou da instituição. Os trabalhadores necessitam ter a capacidade em assumir formas conscientes e políticas de organização para que possam expressar sua necessidade de forma organizada e exigir do representante escolhido que participou da assembléia prestação de contas, isto é, o repasse das informações.

É salutar aqui refletir-se que essa sugestão de representação oficial (assembléia de delegados) nas assembléias contrapõe o que todo sujeito, cidadão de direitos e deveres espera, ou seja, participar diretamente das decisões. Com essa proposta os trabalhadores perdem a participação direta, que foi uma das

maiores conquistas da enfermagem do HU. Isto demonstra a deficiência na compreensão do significado de participação e coloca em dúvida o desejo de participação tão referendado pelos sujeitos trabalhadores.

Outros acham necessário existirem mais assembléias – duas por ano, para que se possa debater sobre os problemas das categorias e avaliar o processo de trabalho.

As assembléias deveriam ser semestrais (Avai, NM).

Levando em conta esta sugestão, questiona-se se aumentar o seu número resolveria o problema da participação. Será que o problema da participação está na falta de assembléias, ou está na falta de organização da categoria? Este questionamento parte da reflexão sobre as dificuldades referendadas anteriormente pelos trabalhadores, de comparecerem há uma assembléia por ano, pois como farão para disponibilizar tempo para participar das demais?

Entende-se que a assembléia é um espaço em que todos podem opinar, comparecer, decidir junto, sendo assim, percebe-se que esta sugestão está ligada à inexistência de outros fóruns de discussão e decisão coletiva. Também, como não houve tempo suficiente durante as entrevistas para refletirem sobre a possibilidade de outros espaços, os trabalhadores podem estar concebendo a assembléia como único espaço para uma participação efetiva na decisão. Acredita-se que a proposta de haver mais assembléias para estar decidindo fará com que a mesma se degenere em sessões repetitivas, cansativas, pouco produtivas, pois se instalará o desânimo e a desmotivação.

Deveria existir uma a cada seis meses, que não seja para estar decidindo, mas para estar discutindo, avaliando (Borboleta, NS).

Mas, por outro lado, se os trabalhadores sugerem a existência de mais assembléias, não para decidir, mas dirigida a mobilizar grande número de trabalhadores para: rever a identidade cultural, buscar novas formas de referendar decisões, discutir processos eleitorais, discutir a forma de trabalho, em que a presença maciça é fundamental, ou melhor, a participação direta se faz necessária, não se pode desprezar a estratégia, pois esta forma de organização social é sempre importante (DEMO, 2001). Porém, há que se ressaltar que o RI da DE prevê a

realização de pelo menos uma Assembléia Geral ordinária anual, porém outras podem ser realizadas extraordinariamente, quer por convocação da Diretoria de Enfermagem, quer pelos trabalhadores. Sendo assim, se há necessidade, porque os trabalhadores não a convocam?

É salutar que os sujeitos trabalhadores compreendam, que na gestão participativa nada vem de graça, nada é dado, tudo é conquistado. Talvez o primeiro aprendizado esteja realmente nessa percepção, em que os trabalhadores não podem mais esperar o assistencialismo da direção e das chefias a que estão acostumados, mas sim, pleitear o apoio para a emancipação do grupo, por meio de instrumentos que viabilizem processos participativos capazes de autopromoção. Portanto não podem almejar transformar um espaço participativo direto (autogestão) em indireto. Por isso, é questionável a viabilidade do caráter destas assembléias, pois não ficou claro qual o significado atribuído pelos trabalhadores para este espaço.

Sendo assim, entende-se que se deva pensar na manutenção de uma assembléia geral ordinária anual, conforme já determinado no RI, para definir novas diretrizes, prestações de contas, no sentido de se avaliar o planejamento estratégico e, poderia se pensar em outra instância informal participativa que se reunisse, por exemplo, a cada dois ou três meses, para discutir a organização do trabalho. Essas possibilidades serão sugeridas a seguir.

6.4.2.2 Colegiado de Chefias e Conselho Administrativo de Enfermagem (CADE)

Apesar de todo esse processo de mudança estrutural que aconteceu na enfermagem do HU com a implementação de espaços participativos, os mesmos ainda são verticalizados, seguindo uma racionalidade rígida e com limites bem definidos, como na administração tradicional. Entretanto, nas entrevistas, percebe-se que os trabalhadores implicitamente operam um conceito diferente de Organização, pois tentam apontar caminhos para resolver os problemas da participação relacionados ao CADE e ao Colegiado das Chefias, centrados no sujeito. Porém, alguns trabalhadores não explicitam novos espaços, talvez por não perceberem amplamente o sentido da participação, apenas sugerem um redimensionamento na

representatividade incluindo a participação de todos os níveis profissionais de enfermagem, sem haver uma reflexão sobre o papel, responsabilidade de cada espaço existente na DE.

Criar um CADEzinho onde pudéssemos participar das decisões [...] que cada enfermeiro assistencial pudesse participar uma vez das reuniões do colegiado (Luz, NS).

Nas reuniões do Colegiado de Chefias deveria haver representante do nível médio [...] trimestralmente ou semestralmente, com a função de mediar às crises [...] essa junção esclareceria em muito aquela coisa – lá vai ela para reunião, vai fugir do trabalho [...] participação aumentaria a visão de que reunião é para reciclar, resolver problemas, para discutir formas melhores de trabalhar, aprender como se chega a um objetivo (Bolinha, NM).

Uma das ações propostas para o Colegiado das Chefias é a participação de um representante do nível médio em algumas reuniões dessa instância. Defendem que essa participação tem como objetivo oportunizar aos trabalhadores uma compreensão sobre o significado dessas reuniões. Esta compreensão se faz necessária, segundo os profissionais de nível médio, para ampliar o entendimento sobre as dimensões profissionais e diminuir as críticas diretas e em alguns momentos veladas, que desqualificam as atividades intelectuais, como diriam Leite e Ferreira (1997) das chefias e acrescento aqui, dos enfermeiros coordenadores de turno que também fazem reuniões informais.

Sugere-se também, que essa necessidade explicitada em participar das reuniões de Colegiado das Chefias, estejam relacionadas à desinformação existente sobre as atribuições de cada cargo, visto as afirmações referidas anteriormente de desconhecimento do RI e demais documentos oficiais da DE. Assim, participar das reuniões do colegiado para o nível médio poderia ser uma forma de suprir essa deficiência, bem como, da própria curiosidade humana em conhecer o processo na prática. Entretanto, participar das reuniões pode ser para eles uma forma de suprir, também, a necessidade de informações, pois em vários momentos os trabalhadores de uma forma geral, identificam a inexistência de comunicação, de informes por parte de algumas chefias. Apesar disso, ressalta-se que em nenhum momento durante as entrevistas, os sujeitos trabalhadores explicitaram buscar informações, ou que as mesmas foram negadas pelas chefias, demonstrando mais uma vez que os mesmos não procuram solucionar suas dúvidas buscando as informações.

Quanto a essa questão da participação dos profissionais do nível médio nas

reuniões do Colegiado, pensa-se ser uma idéia paliativa, que não efetivará a participação destes trabalhadores, conforme os princípios da gestão participativa. Há talvez que se pensar em outras formas de se propiciar esse envolvimento dos profissionais de nível médio. Acredita-se que possibilitando outros arranjos de participação, poderá se solucionar essa falta de reconhecimento dos papéis, ou seja, melhorar os canais de informações, comunicação e aumento no conhecimento da própria DE e instituição. Entretanto outros caminhos são apontados pelos sujeitos trabalhadores que repercutirão no problema e sugestão supracitados, como serão vistos a seguir.

Quanto a participação do enfermeiro assistencial no Colegiado das Chefias, algumas alterações foram implementadas nesta nova gestão, ou seja, a participação de enfermeiros assistenciais nas reuniões dessa instância, quando da impossibilidade da presença da chefia de serviço, a mesma indica um enfermeiro da unidade para substituí-la; previsão de sempre ser convidado um enfermeiro assistencial para participar das reuniões, como forma de prepará-los para essa função gerencial. Além disso, no presente ano foi instituído no Colegiado das Chefias, reunião formativa em que são discutidos vários temas (metodologia da assistência, supervisão, entre outros) e essas acontecem de 15/15 dias, em alternância com as reuniões administrativas desta mesma instância. A possibilidade de participação do enfermeiro assistencial em ambas as reuniões conseqüentemente, refletir-se-á no cotidiano do trabalho, pois, oportunizará a ampliação do conhecimento por meio da reflexão e discussão, possibilitando não só as chefias, aprenderem maneiras mais flexíveis de gerenciar.

Em relação a instituir um outro Conselho de Enfermagem, pensa-se que este desejo está muito centralizado, sendo corporativista, já que as diversas formas de participação não estão sendo visualizadas amplamente, pois esta sugestão somente instituirá obstáculos para o próprio processo participativo, isolando a enfermagem da instituição. Percebe-se que esta explicitação surgiu sem muita reflexão dos trabalhadores, o que demonstra desconhecimento sobre a função do atual conselho de enfermagem. Talvez aqui, os trabalhadores de enfermagem pudessem refletir sobre o Conselho Gestor do HU, considerando as novas diretrizes do SUS, ou pensando em outro espaço de participação indireta que ocupasse instancias hierárquicas operacionais.

É fato que ambas as instâncias formais (CADE e Colegiado de Chefias) não

foram instituídas para comportar a participação dos trabalhadores operacionais, devido suas finalidades, e também, porque estes espaços são compostos por representantes eleitos pelos trabalhadores de enfermagem, estando implícito a participação indireta de todos os trabalhadores. Ressalta-se que estes espaços foram provocados pela Diretoria de Enfermagem, para se refletir os rumos da enfermagem, para discutir a possibilidade de capacitação das chefias e para tentar resolver problemas que aflijam as unidades de serviço levantados nas reuniões informais de cada setor, enfim, realizam o planejamento da DE e assessoram nas decisões administrativas. Todavia, este fato não impede que os profissionais de enfermagem se organizem e conquistem outros espaços informais concretos que possibilitem o desenvolvimento de características essenciais dos sujeitos e a livre expressão e manifestação de sua singularidade.

Sabe-se que não existe sujeito sem desejos, interesses e necessidades, por isso os sujeitos trabalhadores ratificam em suas falas insatisfação por não haver espaços participativos mais coletivos. Assim sendo, almejam espaços diferentes, com o intuito de operar o coletivo organizado.

Criar um espaço de reuniões entre as unidades de serviço que tenham um trabalho conjunto com a perspectiva de integração (Joaninha, NS).

Os trabalhadores evidenciam a necessidade de criar espaços ou fóruns que oportunizem trabalhar assuntos afins existentes entre unidades que se relacionam entre si. Entendem que diariamente realizam um trabalho conjuntamente, mas a distância. Esse fato não permite se conhecerem enquanto indivíduos, enquanto unidades de trabalho diferenciadas, ocasionando conflitos nas relações interpessoais e críticas desqualificativa ao trabalho realizado.

Também, sugerem a implantação de conselhos com poderes deliberativos, com representação de todos os níveis profissionais em cada unidade de serviço.

Instituir conselhos em todas as unidades, para podermos aprender a trabalhar para depois pensarmos num conselho de fato para a DE [...] espero que a DE tenha experiência para colocar isso em prática [...] por que ela tem uma proposta de gestão participativa [...] ela poderia colocar esses conselhos formalmente dentre da estrutura [...] ela pode fazer isso nesse âmbito maior (Beija-flor, NS).

Esta sugestão corrobora com os princípios da participação descritos e com os

pressupostos deste estudo. Também vai ao encontro do pensamento de Mendonça (1987), Motta (2002) e do que propõe Cecílio (2003, 2004) quando discorre sobre seu modelo de Co-gestão para as instituições de saúde, como veremos a seguir.

Deste modo, estes espaços visualizados pelos trabalhadores, além de servirem para debates, discussões, resoluções de problemas, são espaços informais que estimulam o trabalhador a desenvolver habilidades para trabalharem coletivamente, desenvolvendo o espírito de equipe, o conhecimento de si, das atividades de cada serviço e do grupo, proporcionando uma integração/interação. Além do que, propiciam o crescimento da habilidade de participar mais rapidamente, pois terão a oportunidade de praticá-la, oportunizando um aprendizado e crescimento tanto a nível pessoal, profissional, organizacional e principalmente social.

Acredita-se que seja necessário compor esses arranjos de co-gestão na enfermagem na linha hierárquica operacional, mas também, há necessidade de se pensar na aplicação desse modelo em toda a instituição, pois não se pode visualizar um modelo de gestão somente para a enfermagem, sem perceber que ela faz parte de uma superestrutura. Pensa-se que para uma Gestão Participativa todas as categorias profissionais necessitam refletir coletivamente sobre a possibilidade de se reinventar a estrutura organizativa do HU como forma de flexibilizar a sua arquitetura e consolidar o seu modo de gestão dentro do preconizado pelo SUS. Corroborando, afirma Cecílio (2004) que a coerência gerencial parte da reformulação dos organogramas tradicionais, quebrando as linhas de comando hierárquicas, que estão centradas na direção clínica, de enfermagem, administrativa, além disso, no processo de comunicação lateral.

Posto isso, e como forma de adequar-se às sugestões dos sujeitos trabalhadores, busca-se alternativas mais horizontalizadas para efetivar formalmente a participação na enfermagem. Tendo-se por base as sugestões dos trabalhadores e as orientações de Mendonça (1987), Motta (2002) e Cecílio e Mendes (2004), foi elaborado um esboço das estratégias complementando os arranjos já existentes, a saber:

- **Assembléia Geral de Enfermagem:** já prevista no RI, mantendo sua realização ordinária ao final de cada ano para deliberar sobre novas diretrizes, prestações de conta e avaliar o planejamento, com possibilidade de realização de assembléias extra-ordinárias;

- **Conselho Consultivo Administrativo de Enfermagem (CCADE):** também previsto no RI. Como contribuição, sugere-se a inclusão da palavra consultivo ou atualizar o documento quanto a sua função de assessoria da DE; manter sua atual composição, porém reforçar no RI que as chefias de divisões e coordenadoras das comissões de assessorias permanentes deverão fazer consultas aos seus pares quando as decisões envolverem a gestão do processo de trabalho;
- **Colegiado de Chefias:** consta no RI, apenas sugere-se que seja contemplada (atualizado): a nova forma de funcionamento deste fórum (as duas modalidades de reuniões); a previsão da substituição da chefia por um enfermeiro assistencial; e a participação nas reuniões formativas dos enfermeiros assistenciais;
- **Implantação do Colegiado de Co-gestão de cada unidade de serviço:** novo fórum a ser instituído no RI, composto pelos trabalhadores da unidade, chefia do serviço e chefia de divisão. Entre as funções desse colegiado está a realização da gestão operacional, ou seja: elaboração do plano de ação – para atingir os objetivos do planejamento da DE; explicitar e trabalhar as diferenças entre membros da equipe e dela com atores externos; organizar a educação permanente; aprovar ações e tarefas a serem colocadas em práticas. É subordinado ao Colegiado de Chefias;
- **Comissões de Assessoria Permanente:** igualmente previsto no RI; sugere-se apenas adequá-los conforme as sugestões dos trabalhadores na primeira categoria (seleção/eleição dos coordenadores, eleição para representantes nível médio na CPMA, estruturação da CEEn, redimensionar a composição da CEPEn prevendo também a participação do enfermeiro assistencial).
- **Implantação de um Fórum de Debate** (decidir a melhor denominação): composto por representantes dos sujeitos trabalhadores de cada unidade de serviço, contemplando todos os níveis profissionais (prevendo rodízio), chefias de divisão e diretora de enfermagem, com a função de discutir a organização do trabalho e também, explicitar e trabalhar as diferenças entre unidades de serviços, podendo se reunir a cada dois ou três meses.

Entretanto, visualizando a Gestão Participativa no HU, reitera-se que há de se rever o modelo de organização estrutural, procurando construir espaços que

efetivem a participação de todas as categorias profissionais e também, construir serviços que ofereçam uma melhor assistência aos usuários com a perspectiva da consolidação do SUS. As mudanças devem abranger três blocos: relativos ao modelo de gestão; a mudanças na organização da assistência e ao aperfeiçoamento do controle social. Neste sentido, para Cecílio e Mendes (2004), a implementação de uma gestão democrática e participativa dentro de um hospital, necessita de sistemas de co-gestão para promover a distribuição do poder entre as corporações profissionais, dessa forma, se reinventam efetivamente as relações existentes na vida hospitalar. Segundo os autores, a concepção de um modelo democrático participativo implica também, na adoção de novos valores como ética, cooperação, respeito e solidariedade.

Há, portanto, para a concepção de um modelo de gestão democrático e participativo, se considerar três princípios que fortemente relacionam-se entre si: **participação** (exigindo modificação na cultura organizacional); **descentralização** das decisões para diversos níveis dentro do hospital, exigindo modificações profundas das funções de gestão nas instituições, implicando na adoção de processos gestores coerentes com cada coletivo de trabalhadores, pois compartilharão o poder e dividirão as responsabilidades internas e externas ao sistema de saúde; e **autonomia** que significa, no tocante à gestão, o rompimento com a forma tradicional burocrática de gestão, supondo a adoção de novos modos de planejar, organizar e avaliar o trabalho da instituição, partindo de uma visão da realidade local e do atendimento de suas demandas. Juntos esses princípios formam os pilares da gestão democrática e participativa.

Contudo, apesar das estratégias aqui sugeridas pelos sujeitos trabalhadores sofrerem uma adequação (no que diz respeito aos aspectos estruturais organizativos), as mesmas buscam o compasso entre um estilo de governar pessoas (ordenação taylorista/fordista) com o estilo de pessoas a serem dirigidas. Para isso, se faz necessário des-construir, para construir novos arranjos, mais horizontalizados, formando uma rede de relações. Entretanto, salienta-se que estes espaços democráticos não podem ficar sem controle disciplinar, pois seria impotente para a produção de alguma ação coletiva.

Ao refletir sobre as estratégias de mudanças estruturais da DE, se pode afirmar que os sujeitos entrevistados podem não saber explicitar o significado real de participação, denominar novos espaços participativos, mas na prática eles possuem

um entendimento do senso comum, demonstrando vontade em participar da vida no trabalho por meio da integração/interação/decisão. Na prática, o objetivo da construção de espaços coletivos na enfermagem ou no HU, está na necessidade de fortalecer os sujeitos e o grupo, para adquirir capacidade de análise e de intervenção como estratégia para a democracia institucional. A Gestão Participativa que se concretiza por meio da construção de sistemas de co-gestão, é, portanto, um dos eixos de conformação de um método anti-Taylor, como diria Campos (2000).

Um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de capacidade de direção e de planejamento, entre o conjunto de pessoas. Adquirir habilidades e a força para compor consensos, articular interesses e reconhecer necessidades de outros sujeitos, analisar o contexto, distribuir tarefas, elaborar e implementar projetos é necessário para os sujeitos, já que co-gerir é uma tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho. Desenvolver e socializar essas capacidades é importante, pois são a base para a construção de espaços participativos. A socialização dessas habilidades assegura a formação do compromisso entre o interesse público (expresso em necessidades sociais) e o privado (expresso pelos trabalhadores) (BORDENAVE, 1994; BENEVIDES, 2000; CAMPOS, 2000; MOTTA, 2002).

Alerta-se também, para a necessidade de ser determinado com clareza os objetivos, as funções e tarefas a serem desenvolvidas por esses espaços, bem como, o especial cuidado com a qualidade do trabalho em si. O comprometimento dos sujeitos não depende somente dos métodos de trabalho, nem da qualidade dos relacionamentos interpessoais, mas acima de tudo, depende da motivação intrínseca que somente o próprio trabalho proporciona. Enfatiza-se que a motivação para a participação está no interesse do sujeito com o tipo de tarefa a ser executada, com o desafio oferecido pela tarefa, com a variedade de tarefas, com a possibilidade de aprendizado e crescimento pessoal, profissional, no exercício de responsabilidade e do poder de decisão. Se estes fatores não forem levados em conta, no momento da criação desses espaços de co-gestão, haverá desmotivação (MENDONÇA, 1985; BORDENAVE, 1994; MAXIMIANO, 1995; DEMO, 2001; MOTTA, 2002; MOSCOVICI, 2003).

Para a implementação dessas estratégias na enfermagem será de fundamental importância o envolvimento pleno da DE, demais chefias, no sentido de atuarem como apoiadores, isto é, serão mais que assessores, porque atuarão junto

com as equipes. Além é claro, de exercerem a função de orientadores e colaboradores na articulação de todo o processo de produção, pois os trabalhadores necessitarão, segundo Demo (2001), Motta (2002) e Moscovici (2003), de alguns conhecimentos, tais como:

- Capacidade de conduzir uma reunião (começo, meio e fim e que seja produtiva);
- Capacidade de organizar operacionalmente (elaborar estatutos, regras de jogo);
- Conhecer a instituição hierarquicamente (para contatos pertinentes);
- Desenvolver capacidade de analisar e de operar sobre a práxis;
- Capacidade de coletar, conhecer a realidade, analisar informações, interpretar e decidir (dualidade entre objetividade e subjetividade);
- Capacidade de estabelecer intercâmbio entre as diversas instâncias (comunicação constante);
- Desenvolver o trabalho em equipe, desencadear tarefas;
- Desenvolver a capacidade de auto-análise da equipe (avaliação interna).

Por mais que exista uma consciência crítica e que os trabalhadores tenham se incrementado e demonstrem querer participar da cena política institucional, precisa-se ter cuidado para que a sonhada participação não se degenere por meio de uma insistência perfeccionista, porque o objetivo de implantar esses espaços deve estar em torná-los cotidianos. Desta forma, pode-se sugerir que se iniciem, primeiramente, nos micro espaços. Assim, os trabalhadores irão aprimorando suas habilidades de organizar-se politicamente e aprenderão a participar, como afirmam Bordenave (1994) e Demo (2001).

Entretanto, para que essas estratégias operem de forma efetiva é necessário que todos construam uma cultura democrática, desenvolvam a liderança positiva e participativa, técnicas para desenvolver equipes de trabalho, entre outros. Nas unidades de serviços é importante que as chefias ou coordenador percebam que o seu papel principal neste processo está em: orientar, treinar, coordenar, estimular, questionar, delegar, consultar, informar, comunicar e facilitar este trânsito eticamente. Para os demais trabalhadores o envolvimento intenso é necessário e para isso necessitam mudar suas posturas, sair do comodismo e tomar iniciativa, agir, perguntar, questionar, sugerir, colaborar.

Neste sentido, reforça-se que para a mudança acontecer efetivamente, não

basta criar espaços que propiciem a participação do trabalhador, sem que se defina a cultura organizacional para depois renová-la. Para uma gestão participativa é necessário que a cultura seja cultivada de forma que propicie o desenvolvimento de certos aspectos, tais como, envolvimento, contribuição, responsabilidade, comunicação (CHIAVENATO, 1994; 1996; 1999).

No que diz respeito a outros *espaços informais*, os sujeitos trabalhadores abordaram questões, destacando a necessidade de abrir novos espaços de participação para o nível médio, discutir problemas relacionados à sua categoria. Entendem, também, que a categoria tem vontade e condições de participar das comissões temporárias, de estudo.

Deveria existir encontros ou um programa para a gente poder estar discutindo pontos que interessam a nossa categoria (Avai, NM).

[...] envolver o nível médio nas comissões de estudo (Marina, NM).

Criar alguma coisa para o nível médio estar discutindo os seus problemas, pois eles só têm o POI e mais nada (Luz, NS).

Este entendimento centrou nos trabalhadores que já exerceram o papel de representante, corroborando com um dos princípios da participação que afirma ser algo que se aprende e aperfeiçoa na práxis grupal (BORDENAVE, 1994). As solicitações de espaços próprios para o nível médio repensar a organização do seu próprio trabalho, manifestando a sua subjetividade entre iguais, como diria Demo (2001), demonstra que esses trabalhadores estão desenvolvendo a habilidade de participar crescentemente, porque tiveram e buscaram mesmo que timidamente espaços para praticá-la. Impulsionados por esse aperfeiçoamento, proporcionado inicialmente pela DE, esses trabalhadores almejam uma maior flexibilidade, uma autonomia para discutir, repensar problemas próprios, independentemente dos enfermeiros.

É fato também que essa estratégia vislumbrada pode estar ligada à necessidade de exercerem uma comunicação (diálogo) mais aberta, franca. No decorrer da análise dos dados, se pôde perceber que os trabalhadores de nível médio entendem estar entre “iguais” quando falam na enfermagem, porém em relação aos outros níveis profissionais eles percebem “desigualdades”. Por essa percepção de desigualdades, muitas vezes não utilizam de franqueza na presença do enfermeiro ou chefe, conseqüentemente, o diálogo verdadeiro, na percepção dos

mesmos, só será possível entre iguais. Todavia, precisa estar claro o objetivo deste espaço almejado, para que não surjam antagonismos que acentuem a divisão social de classes já existente. Visto, que o amadurecimento político ainda é frágil, aliado às dificuldades pré-existentes historicamente de relacionamento interpessoal entre os níveis profissionais, reitera-se que esta sugestão merece uma reflexão mais profunda juntamente com os profissionais de enfermagem do HU.

Por outro lado, Bordenave (1994) afirma que a participação é mais pura e produtiva quando o grupo se conhece bem. Porém, aconselha que a formação de grupos pequenos para debates aumenta o grau de participação, enquanto que nos grandes acontece o contrário. Concorde-se com o autor, porém especificamente no caso da enfermagem em particular e com base na minha experiência profissional na instituição, afirma-se que não há proibição pela DE para os profissionais se reunirem para discutir, quando acharem conveniente. Todavia, é importante salientar, também, caso seja conquistado este espaço participativo (fórum de debates, reunião) para os trabalhadores de nível médio, que sejam elaboradas regras democráticas de jogo (estatuto), para que a participação neste espaço informal, não se restrinja a depósito de problemas, queixas, para serem levadas aos enfermeiros, chefes ou direção. É importante que estes trabalhadores tenham consciência que os discursos, as críticas, as idéias sejam problematizadas, analisadas, interpretadas por eles mesmos e que possam contribuir na busca de soluções por meio de “relatórios” a serem encaminhados para as chefias de suas divisões. Daí sim, poder-se-á afirmar que esse grupo de trabalhadores teria um espaço participativo político social voltado para um crescimento pessoal, grupal, profissional do seu nível profissional. Do contrário, seria somente um canal de reivindicação e protesto, que precisa existir sim, porém acredita-se não ser esse o foco desse espaço.

No RI da DE estão previstas a existência de comissões temporárias constituídas pela Diretora de Enfermagem que geralmente são destinadas a estudos, não tendo poder decisório, como por exemplo – Comissão de Curativo. A reivindicação ou sugestão do nível médio está na vontade de fazer parte desses trabalhos. O que demonstra uma reflexão, um questionamento a cerca da distribuição de atividades que de certa forma, reafirma a divisão do trabalho, separação entre quem pensa e quem executa. Se pensar que, por exemplo, o manual de procedimento que vem sendo revisado por um grupo de enfermeiros voluntários, sob coordenação da CEPEn, descreve as técnicas que são executadas

na sua grande maioria pelos profissionais de nível médio, porque os mesmos não podem ser convidados à participar? Será que esses profissionais não poderiam contribuir para a reflexão? Será que não saberiam explicitar melhor as dificuldades vivenciadas com os procedimentos na prática profissional?

Essa estratégia sugerida pelo nível médio, parece uma explicitação de um sentimento de desvalorização com o seu saber. Dessa forma, expressam a vontade de participar com o desejo de reconhecimento, reivindicando a valorização de sua dimensão de sujeito trabalhador. Este desejo vem reafirmar o que foi almejado no VTM e no estudo de Matos (2002), ambos realizados com a enfermagem do HU.

Contudo, faz-se ênfase para outros espaços participativos informais existentes que foi citado por apenas um profissional de nível superior, mas não sofreu indicativos de mudanças. Refere-se a representação dos profissionais tanto de nível superior como de nível médio nas comissões de remanejamento interno, que são convocadas pela DE. Quando há vacância nas unidades de serviço esta vaga é oferecida para a DE, que abre inscrições para os interessados, após é instituída uma comissão sendo formada por: chefia de divisão, chefia de serviço e um enfermeiro ou técnico/auxiliar (dependendo da vaga) da referida unidade que irão avaliar os currículos e ficha funcional para determinar o escolhido. Informa-se que existe um documento formalizando as regras do remanejamento e suas referidas pontuações, neste sentido essa avaliação não permite escolhas aleatórias, ou que expressem vantagens para alguns. Além deste, a DE também convoca comissões para avaliar pedidos de liberação para cursos de longa duração, embora seja um espaço de participação que não foi citado pelos sujeitos da pesquisa. Este fato deixa dúvidas sobre o grau de importância atribuída pelos sujeitos trabalhadores a estes espaços de participação, ou se os mesmos os consideram como espaços participativos.

Como a participação é um processo de aprendizagem, os sujeitos trabalhadores também visualizaram outras estratégias necessárias para concretizar os espaços participativos existentes, ou que por ventura venham a ser implantados futuramente. Dessa forma, os trabalhadores acreditam ser fundamental à *educação para a cidadania* e ao *papel do representante*. Entendem que essas táticas devam ser o ponto de partida para a enfermagem se preparar para exercer efetivamente a participação:

Deveria ser criada uma comissão de conscientização do que é participação (Daniel, NM).

A conscientização é o primeiro prato, tem que ser servido quente (Esperança, NS).

[...] fosse à hora de fazermos um seminário sobre participação (Borboleta, NS).

Precisa preparar melhor os representantes para conduzir melhor os trabalhos, para interagir (Daniel, NM).

Os representantes precisam dar retorno, repassar informações, questionar nossas vontades (Esperança, NS).

[...] precisamos desenvolver lideranças mesmos (Beija-flor, NS).

Por meio das falas, se percebe que os trabalhadores são conscientes da sua capacidade de refletir sobre a própria realidade, de assumir responsabilidades, de buscar cooperação e de demonstrar o sentido moral que dá expressão a princípios éticos. Falam da necessidade de conscientização, como sinônimo de preparação dos trabalhadores, ou melhor, de educação como formação à cidadania. Essa educação seria um instrumento de participação política social. Entendem que os trabalhadores não alcançam o significado de participação e acreditam que a primeira estratégia está na educação.

Mas, essa educação não pode ser feita dentro dos moldes tradicionais, de transmissão de conhecimento e de aprendizagem. Ela precisa permitir que os trabalhadores desenvolvam um pensamento crítico quando se aproximam da realidade buscando a tomada de consciência. Para alcançar a conscientização precisa-se ultrapassar a esfera da crítica, e isso só se consegue quando penetra-se na essência do objeto que vai ser analisado. Essa penetração só é alcançada dentro da práxis, por meio da ação e reflexão (FREIRE, 1980).

Sendo assim, essa afirmação vem contrapor a solicitação dos trabalhadores de que é preciso primeiro conscientizar. O sujeito trabalhador primeiramente terá que exercitar/praticar a participação nos espaços democráticos existentes na DE, e concomitantemente com o exercício prático acontecerá a auto-reflexão sobre as suas ações e a conscientização. Por este motivo, Freire (1980), Bordenave (1994) e Demo (2001) são incansáveis na afirmação de que somente se aprende a participar – participando.

Essa educação prática deve partir da potencialidade e da criatividade do trabalhador, e fazem parte desse processo educativo-prático, segundo Demo (2001)

algumas noções: de sujeito social, não de objeto; de direitos e deveres; de democracia (como organização sócio-político, capaz de garantir a participação como processo de conquista, de liberdade, igualdade, sociedade); de acesso à informação e ao saber; de acesso a habilidades capazes de potencializar a criatividade do trabalho. Reitera-se que a educação que tenta levar à participação é chamada de deseducação, porque não se ensina a participar, aprende-se participando (FREIRE, 1980; BORDENAVE, 1994; DEMO, 2001).

Isso não impede que seja feito um seminário, conforme as sugestões dos trabalhadores, para discutir alguns temas teóricos sobre: o que é gestão; o que é participação, seus objetivos, seus instrumentos; e que se debata essas questões éticas sobre cidadania democrática. A participação não é um conteúdo e sim um comportamento, uma filosofia, portanto não existe treinamento para o aprendizado, porque, esta não é uma técnica. Segundo o referencial teórico metodológico, a participação é uma vivência coletiva e, portanto, as pessoas aprendem a participar quando: aprendem a conhecer a realidade; a refletir; a superar contradições reais ou aparentes; a identificar premissas subjacentes; a antecipar conseqüências; a entender novos significados das palavras; a distinguir efeitos de causas, observações de inferências e fatos de julgamentos; aprendem a manejar conflitos; clarear sentimentos e comportamentos; a tolerar divergências; respeitar opiniões. Por isso, é que se afirma que a participação não é simples, é um aprendizado demorado quando não existe oportunidade de praticá-la.

No entanto, para ser um representante atuante, um verdadeiro líder, algumas habilidades podem ser aprendidas por ensinamento e por meio das experiências vividas. O papel de líder não é privativo das chefias, embora dentro da enfermagem do HU elas exerçam o papel de representantes. É importante que os representantes adquiram habilidades mais democráticas para que os processos participativos sejam conduzidos apropriadamente. Essa deficiência ou dificuldade dos representantes em exercer habilidades democráticas, que possibilitem a participação está na própria dificuldade de entender o papel para o qual foram eleitos, igualmente, está no entendimento do que seja uma Gestão Participativa.

Com a Gestão Participativa o estilo gerencial modifica e a eficácia da liderança depende do aprendizado de comportamentos apropriados para este contexto atual organizacional. O papel central dos representantes formais (chefias) está na tomada de consciência de que liderança é um processo no qual um

indivíduo influencia outros a se comprometerem com a busca de objetivos comuns. Sendo assim, trabalha no sentido de ajustar os interesses (entre os sujeitos, entre sujeitos e instituição), para isso necessita-se investir no poder existente nos membros da equipe, rearticulando esse poder em consonância com o poder de seu cargo, para obter uma coesão e aliança grupal. Essa consonância de poderes irá acontecer dentro de espaços participativos, como foi sugerido anteriormente pelos trabalhadores – conselho de co-gestão. O exercício efetivo da liderança está no compartilhamento e na ação prévia para mudar as expectativas dos trabalhadores, buscando-se nos mesmos, a integração/interação, estimulando a iniciativa. Na Gestão Participativa não cabe o papel de líder heróico, isto é, aquele que irá sozinho comandar e se responsabilizar pelos destinos da Unidade de Serviço ou da Instituição, pois isso gera a distância social (MOTTA, 2002; MOSCOVICI, 2003).

Quando refere-se aos cuidados que a DE necessita ter com suas lideranças, não fala-se simplesmente dos líderes formais, mas igualmente, dos líderes informais existentes. É fato que as relações são jogos de poder e, esses líderes informais utilizam outras formas de poder, com isso, quando não preparados, tendem a facilitar ou dificultar a influência do líder formal, porque normalmente atua para satisfazer suas próprias convicções e não somente as do grupo. O líder informal exerce muita influência e esta é chamada por Moscovici (2003) de liderança socioemocional, com isso, tem um poder de referência dentro do grupo. Deste modo, os líderes formais necessitam perceber e aproveitar essas lideranças para unir e predispor o grupo em direção aos objetivos do grupo.

Neste sentido, Gelbcke (2002) enfatiza que os enfermeiros têm um importante papel a desenvolver, no sentido de envolver os trabalhadores nos processos decisórios – no planejamento e no desenvolvimento da liderança. A autora ressalta o desenvolvimento da liderança por acreditar que a mesma nem sempre é inata, mas que pode ser aprendida, não só pelos enfermeiros, mas pelos demais trabalhadores. Orienta ainda, que “o enfermeiro, ao assumir a sua dimensão gerencial, busque entender as dinâmicas das relações interpessoais presentes no cotidiano da profissão, estabelecida não apenas com a equipe de enfermagem, mas também com os demais profissionais e usuário” (GELBCKE, 2002, p. 209).

Sob a luz Moscovici (2003) os líderes formais necessitam adquirir habilidades em três dimensões: dimensão organizacional – dominar o contexto em que trabalham e conhecer as influências externas; dimensão interpessoal – habilidades

de comunicação e interação. Acrescenta-se nesta dimensão outras denominadas por Rivera (2003) de habilidade de escuta da subjetividade e de negociação; dimensão pessoal – qualidades passíveis de serem conquistadas: conhecimento de si próprio, iniciativa, coragem, persistência, integridade, flexibilidade.

Entretanto reforça-se que além dessas dimensões, os enfermeiros precisam refletir e mudar o seu modo de pensar a gerencia do trabalho, tendo clareza e assumir de fato, que seu papel gerencial independe de cargos hierárquicos, pois o mesmo se desenvolve concomitantemente com a prática assistencial – na concepção do cuidado, na supervisão do assistir, na elaboração coletiva do planejamento operacional.

Em relação ao representante dos trabalhadores nas comissões, reitera-se que o treinamento segue as mesmas dimensões, diferenciando no papel, pois o representante é o porta voz dos sujeitos trabalhadores, com direito a voz agindo pelo grupo. Porém, é de suma importância o desenvolvimento de habilidades de comunicação – canais de informação e realimentação com os representados. É o padrão de comunicação que irá exercer influência sobre o comportamento dos representados.

Para Rivera (2003) a liderança trata das relações entre capacidades individuais e sociais. Isto reforça a idéia de que líder é quem fomenta os processos de aprendizagem que podem gerar uma liderança disseminada, de que o desenvolvimento da liderança como instancia individual depende de interações típicas do fenômeno social da aprendizagem. O autor enfatiza que a liderança deve ser voltada para a mobilização das pessoas, não com sentido de induzir motivação, mas como exercício de poder para o desenvolvimento de dinâmicas de equipes e de interação disciplinar que favoreçam a inovação e a mudança. O pensamento do autor reforça a idéia de Gelbcke (2002), Motta (2002), Moscovici (2003), entre outros que percebem a liderança como processo de aprendizagem e como instância de mobilização das capacidades individuais e intersubjetivas da organização.

O preparo das lideranças é somente um dos passos. Os trabalhadores acreditam que para fortalecer a Gestão Participativa é preciso um investimento maior no *planejamento estratégico participativo*.

Tem que investir mais nesse planejamento nas unidades, esse é um ponto fundamental para as pessoas começarem a pensar (Borboleta, NS).

O planejamento participativo além de estimular a participação, é um dos maiores instrumentos da participação porque é co-concebido (desde a concepção até a execução) com a participação de todos, sendo assim, os trabalhadores passam de objeto, de alvo, para uma postura de ator social, sujeito principal. O planejamento participativo é a chave principal, é ele que move os espaços participativos. Todavia, isto foi percebido pela nova Diretora da enfermagem, pois como relatou-se anteriormente, o planejamento estratégico participativo implantado na DE mais que uma estratégia administrativa, foi uma estratégia educativa. Uma das formas de reforçar nas unidades de serviços o planejamento está na implantação dos colegiados de co-gestão por unidades.

Ainda em relação ao planejamento estratégico participativo, salienta-se que o HU instituiu uma Comissão de Apoio ao Planejamento Institucional (CAPI). Na composição desta comissão a enfermagem conta com três representantes: 02 enfermeiros e 01 profissional de nível médio. Porém, os sujeitos trabalhadores em nenhum momento citaram essa comissão, talvez esse fato seja reflexo dos problemas de comunicação, desinformação tão amplamente visualizados neste estudo.

Outra estratégia que reforça as mudanças está ligada à *avaliação do desempenho profissional* dos trabalhadores. A avaliação norteia todo o viver da humanidade, faz parte de nossa vida diária. Em todos os momentos ou circunstâncias esta-se avaliando e sendo avaliados. É um processo permeado de subjetividade, normas, condutas e códigos criados pelo homem. Igualmente, é um tema trivial em vidas privadas, em algum momento para-se para uma conversa interna, para buscar crescimento, redimensionamento de ações e comportamento. Assim também, as instituições necessitam avaliar diferentes desempenhos que vão desde o operacional até o desempenho humano. Afirma-se que o trabalhador é a mola mestra da instituição porque dão vida a ela, sendo assim, é necessário para a própria sobrevivência institucional que o desempenho humano seja excelente.

Neste sentido, a enfermagem do HU vem desenvolvendo um processo interno de avaliação de desempenho. Esse tema sempre está em estudo dentro da enfermagem do HU, sendo uma das preocupações do CEPEn, em buscar uma melhor forma de desenvolvê-la participativamente. Na atualidade, visto a mudança no modo de gestão surge uma necessidade maior de refletir e discutir sobre tal processo.

Rever a forma de avaliação de desempenho [...] mais participativa [...] ter feedback, porque eles não têm um espaço de retorno, para colocarem opiniões (Borboleta, NS).

[...] precisamos rever as avaliações do noturno [...] a equipe deveria avaliar a chefia imediata – criar um documento para isso (Girassol, NS).

A avaliação de desempenho é um direito do trabalhador e um dever da instituição em proporcioná-lo. O seu objetivo é muitas vezes confundido pelo trabalhador, ou seja, “para uns é tido como bom, significando um momento de troca, para outros é um instrumento de controle e de poder, de manutenção da hierarquia, pois é o superior - o enfermeiro que avalia o pessoal de nível médio, o inverso não ocorre” (GELBCKE, 2002, p. 159). Quando utilizada como um instrumento de poder e controle, o trabalhador a percebe como forma de levantamento de erros, de críticas não construtivas e como fonte de castigo, por conseguinte é igualmente temida e gera insegurança, insatisfação nos trabalhadores. Mudar esse entendimento, buscar formas de avaliação mais compartilhadas, construídas coletivamente, visando o aprendizado é o primeiro passo. Portanto, há necessidade de conscientização de que a avaliação é feita com a finalidade de retroalimentar – retroação a respeito do desempenho do trabalhador, para que o mesmo saiba que caminho trilhar. Da mesma forma, a instituição precisa saber como os trabalhadores desempenham suas atividades para conhecer as potencialidades existentes.

Os trabalhadores entendem que a avaliação é necessária, mas, há necessidade de revisão do instrumento e da forma como vem sendo executada. Para um melhor entendimento das solicitações, far-se-á uma breve descrição da forma como é feita e o que é avaliado.

Reitera-se que a enfermagem possui um instrumento formal de avaliação para cada nível profissional, sendo relacionado com a unidade de trabalho e também com a função executada. Possui descritos padrões de desempenho a ser alcançados relacionados: a assistência, a organização e ao comportamento. Essa avaliação formal é realizada anualmente, sendo que cada enfermeiro coordenador avalia os membros de seu grupo, os enfermeiros são avaliados pela chefia de serviço, esta é avaliada pela chefia de divisão que é avaliada pela diretora. Não existe uma avaliação mais abrangente, isto é, de baixo para cima ou em equipe. Também, o avaliador (enfermeiro) não adquiriu o hábito da avaliação informal, necessária no cotidiano de trabalho, a qual oportuniza um feedback, além de ser

mais encorajadora para o alcance do crescimento. Neste sentido, Gelbcke (2002, p.159) afirma que este fato

[...] mostra uma relação de pouco envolvimento no dia-a-dia, uma relação quase estéril, em que não há um compartilhar, tanto que muitos pontos negativos [...] são apontados somente no momento da avaliação, sem oportunidade para expressão dos trabalhadores em relação ao seu dirigente.

Talvez essa quase inexistência de avaliação informal no cotidiano, seja reflexo da própria dificuldade do enfermeiro em realizar a supervisão da assistência, bem como de exercer sua função educativa, momento este que oportuniza a realimentação. Quando existe essa prática no cotidiano, o trabalhador percebe que ela é necessária, que faz parte da cultura institucional. Se adquirido esse hábito, a avaliação formal se tornará um processo tranquilo, pois o foco estará no evidenciar a necessidade de treinamento, de elogios, também de apontar os pontos negativos para que sejam superados, visando a qualidade da assistência. Com tudo, se percebe a necessidade de intercâmbio entre o avaliado e o avaliador, em que cada qual consiga contribuir com algo. É salutar dizer que esse sistema de avaliação de cima para baixo, em que somente as “chefias avaliam”, é uma influência do taylorismo/fordismo/fayolismo que tinha como finalidade reforçar a hierarquia (STONER; FREEMAN, 1999; MOSCOVICI, 2003).

Sendo assim, é de se pensar na possibilidade da avaliação ser constituída de uma forma que ambos, avaliador e avaliado possam interagir por meio do diálogo, do feedback, com o objetivo de incentivar e propiciar o crescimento pessoal, profissional e institucional. Dessa forma, emerge rever os critérios de avaliação para que a mesma não tenha como finalidade somente a parte técnica, mas considerando a gestão Participativa, deve estar voltada para o compromisso com a missão, com o alcance das metas e dos objetivos. Neste caso, a enfermagem do HU necessita buscar técnicas mais modernas de avaliação de desempenho, que se harmonizem mais com o contexto atual da instituição.

Reitera-se que a avaliação está sendo revista pelo CEPEn, com isso o instrumento deverá passar por uma reformulação, conforme declara o representante “acho que minha contribuição aqui é fazer essa proposta de avaliação, do que é avaliação” (Borboleta, NS). Salienta-se também, que foram realizados treinamentos acerca do processo de avaliação com os trabalhadores de enfermagem.

Além dessa avaliação interna da enfermagem, o HU realiza outras avaliações, a saber: avaliação de desempenho a cada dois anos, em que o trabalhador realiza sua auto-avaliação e após o enfermeiro o avalia, esta permite progressão funcional conforme a nota alcançada; avaliação no estágio probatório, sendo realizada com o trabalhador recém contratado durante três anos, sendo que para esta é formada uma comissão designada pela Diretoria Administrativa e possui um membro do mesmo nível profissional do avaliado.

Acrescenta-se aqui uma outra sugestão dos trabalhadores que está relacionada aos preceitos éticos. Em alguns relatos observa-se uma reflexão consciente, quando referem implicitamente que estão perdendo seus *costumes concretos* das formas de agir profissionalmente, tanto no aspecto ligado ao cuidar, como nos relacionados ao trabalho, na medida em que as pessoas esquecem de seus deveres ou deixam de valorizar o método científico de trabalho e sugerem

Quero que a enfermagem resgate o compromisso de cada trabalhador [...] houvesse uma conscientização dos deveres [...] saímos de um regime rígido para uma liberdade, nesta passagem algo se perdeu, precisamos resgatar isso [...] só assim a gente se motivaria a participar (Bolinha, NM).

Percebe-se nessa questão levantada sobre resgatar compromisso e dever como uma explicitação de que se perdeu a disciplina. Nessa transição, o conceito de “liberdade” passou a ser: faço do jeito que quero e como quero, porque de outra forma não me interessa. A noção de democracia foi deturpada, virando no que Demo (2001) denomina de democratismo. Isto é, torna-se fácil mostrar que o controle cerrado sobre o processo de trabalho não satisfaz o próprio processo. Mas, não é certo retirar todo o controle, instalar a liberdade de ações sem o mínimo de disciplina. Há necessidade de se buscar o equilíbrio. A liberdade sem disciplina, leva a “acentuação unilateral dos direitos, sem assumir os deveres correlatos” (DEMO, 2001, p. 153), surgindo o corporativismo. Isto vem reforçar a necessidade do enfermeiro desempenhar a sua função de supervisor e educador.

É certo que esta deva ser uma preocupação da DE, resgatar a disciplina, o dever do cidadão. Para efeito, não se fala do dever como obrigação a ser prestada em troca de algo. Fala-se do dever centrado no juízo moral que proporciona razões para agir de uma forma em vez de outra. Fala-se do dever da pessoa que sabe que precisa fazer algo e não faz; precisa agir assim e não age; precisa cumprir o horário de trabalho – trabalhando e não cumpre; precisa usar uniforme e não usa; precisa

cuidar do paciente e não cuida, entre tanto outros exemplos. Essa questão do cumprimento do dever é uma questão ética, que se não trabalhado acentuará o antagonismo natural existente. Assim, esses acontecimentos mexem com a identidade cultural da enfermagem, com as realizações históricas e com a dignidade dos trabalhadores, que vêem suas conquistas sendo desrespeitadas.

Neste sentido, a DE necessita tratar a identidade cultural da enfermagem, tornando claras as definições e delimitações dos direitos e deveres de cada nível profissional, cargo e do grupo. Dessa forma, possibilitaria a concretização de outras estratégias vislumbradas no sentido de *resgatar igualdades de direitos*, a saber:

Facilitar o horário para quem está buscando formação (Marina, NM).

Uniformizar a carga horária - das 30 horas [...] se a unidade não pode fazer, as chefias também não e assim por diante (Luz, NS).

Devido à complexidade [...] a carga horária das chefias deveria ser 8 horas (Girassol, NS).

Criar condições para o pessoal poder participar das comissões, reuniões (Sol, NM).

Essas questões também estiveram presentes nos debates desenvolvidos no programa VTM. Essa questão da carga horária, da flexibilização de horários é uma questão complexa, que atualmente na enfermagem do HU, vem sendo tratada de formas diferenciadas, dependendo das condições de cada unidade, ou seja, nas possibilidades reais de cobertura, além de se ter que garantir a qualidade da assistência. Mas, não pode só, por ser um assunto complexo ficar sem uma reflexão e sem encontrar mecanismos que possam favorecer essas solicitações. As desigualdades de direitos geram conflitos, desânimos, insatisfações e não contribuem para o desenvolvimento de um espírito democrático. Porém, salienta-se que algumas medidas vêm sendo tomadas pela DE na tentativa de facilitar o exercício de alguns direitos.

Neste sentido, com relação a facilitar horário para quem estuda, informa-se que o estatuto da UFSC prevê horário especial, mas o aluno tem que cumprir sua carga horária, sendo assim, negocia a forma com a chefia de serviço. Ressalta-se, também, que existe a reflexão sobre a necessidade de cada unidade reservar uma vaga noturna para estudante, sendo que esta vaga não será exclusiva da unidade, ou seja, se a unidade não possuir nenhum estudante, a mesma é cedida para a DE.

Quanto a criar condições que possibilite aos trabalhadores participarem de comissões, reuniões, constata-se que existe flexibilização, liberação do trabalhador sempre que a unidade tem condições. Quando o trabalhador é membro fixo de uma comissão, normalmente a chefia de serviço prevê antecipadamente em escala. Igualmente, quando a solicitação é feita com antecedência o trabalhador ganha liberação para participação de Congressos, Seminários, entre outros. Acredita-se que co-responsabilizar os trabalhadores pela organização do trabalho, criando formas de cobertura que favorecessem os colegas que por ventura precisam sair para uma reunião, representação, cursos, entre outros, pode ser uma saída. Porém, isso não garante que todos conseguiriam usufruir dessa flexibilidade, devido às faltas ao trabalho, número insuficiente de funcionários, entre outros fatores condicionantes.

Quanto as solicitações relacionadas à carga horária, salienta-se que, segundo o contrato trabalhista, os trabalhadores devem cumprir uma carga horária de 40 horas semanais. Porém, existe um acordo interno para uma jornada reduzida (30 horas), como uma concessão temporária, a ser aplicada só quando e onde é possível, mas nunca ultrapassando 33 horas semanais. Talvez a saída esteja na continuidade da luta política pela redução da carga horária, isto é, oficializar, por meio de pressão dos nossos órgãos competentes. Essa luta não é exclusiva da enfermagem do HU, é uma luta em nível nacional envolvendo as três esferas do Governo (Federal, Estadual e Municipal).

De qualquer forma, é emergente a DE uniformizar esses tratamentos, bem como, esclarecer claramente como funcionam as regras, atribuições, direitos e deveres. É igualmente importante redefinir e atualizar institucionalmente as regras formais e informais sobre a carga horária de todos os trabalhadores, na tentativa de amenizar esses conflitos.

Na luta pelo direito de participação, os trabalhadores reivindicam também *informações*. Entendem que ter conhecimento do que acontece dentro da instituição é necessário para os mesmos poderem participar das decisões. Percebem que a Direção está buscando externamente melhorias para o HU, porém afirmam que o hospital cresceu muito e acaba se perdendo a noção dos acontecimentos. Afirmam que muitas vezes as informações sobre novos procedimentos instituídos são repassados por pessoas externas ao HU, em reuniões sociais da vida privada. Como forma de contribuição para melhorar esse instrumento importante, os

trabalhadores sugerem:

Criar uma reunião em que o Diretor possa estar informando a situação do HU, que setores abriram essas coisas (Rosa, NM).

Criar um jornal do HU colocando: setores novos, aniversariantes, quem se aposentou [...] repassar informações básicas [...], por exemplo, todo mês um setor envia uma nota informando as novidades [...] é nesse sentido assim (Fofa, NS).

Precisamos de informação [...] saber o que passa na DE e na DG [...] o que acontece em Brasília [...] eles também não sabem o que nós passamos [...] as informações ajudam a entender a instituição [...] a gente fica aqui criticando eles por que não sabemos do que acontece (Avai, NM).

As solicitações efetuadas para suprir a necessidade de informações são de fundamental importância. Além, de proporcionar informações sobre o contexto político, em que está inserida a instituição, oportuniza aos trabalhadores entenderem as dificuldades, facilidades porque passa o hospital, outras unidades de serviço, o que favorece a concepção dos planejamentos estratégicos participativos dentro de uma visão mais realista. Todavia, conhecer a instituição dentro de um todo, reaproxima os setores, mobiliza as pessoas na busca de soluções, da preservação da identidade cultural, bem como, favorece uma melhor compreensão das dificuldades operacionais que todos enfrentam. Frente a essas colocações, entende-se como necessário implantar essas estratégias sugeridas, bem como, viabilizar outros canais de informações. Para a Gestão Participativa, a informação tem que ser oferecida abundantemente, tal qual afirma Bordenave (1994) e Demo (2001), inclusive sobre os recursos financeiros.

A livre circulação de informação traz tranquilidade aos trabalhadores, provoca a mente aguçando o interesse pela novidade, pelo desconhecido, gerando um desejo de fazer diferente e melhor. Sabendo mais e melhor, as pessoas certamente descobrirão inter-relações desconhecidas e despertarão para novas formas de decidir e agir, além do que, as informações criam um clima de confiança mútua.

Seguindo essa linha de comunicação, os trabalhadores solicitam um *contato mais direto com os diretores*.

O Diretor tem que passar nas unidades, precisa-se conhecê-lo [...] a gente só vê na campanha (Rosa, NM).

Não conheço nossa diretora [...] seria interessante ela fazer uma reunião para ela nos conhecer e nós a ela. [...] é importante para nós ela passar

aqui, a gente gosta [...] nem que seja para dizer um oi, isso é interessante e a gente diz – oh, ela esteve aqui, me disse oi, sabe meu nome [...] a chefia de divisão também quase não aparece [...] é importante ela passar no setor, demonstra interesse (Marina, NM).

Deveria ser criado algo que nos aproximasse da Direção Geral, corpo-a-corpo, para um bate papo [...] um conselho com representantes, de preferência com pessoas que não estão envolvidas com nada (Pupi, NM).

Nestas falas observa-se a necessidade de se diminuir fronteiras, diminuir a distância geográfica entre os trabalhadores e os diretores. Os dirigentes precisam se fazer presentes, pois a distância geográfica que é mantida impede que os trabalhadores sejam vistos, reconhecidos e respeitados pelos líderes e vice-versa (MOTTA, 2002). O fato dos dirigentes visitarem os trabalhadores em suas unidades aumenta a interação, as pessoas sentem-se valorizadas, reconhecidas, importantes e honradas. Em retorno, os dirigentes obtêm respeito e consideração. Além disso, a aproximação oportuniza aos diretores conhecer de perto a realidade dos indivíduos, dos serviços, pois nem sempre essa realidade chega até os mesmos.

Ainda, no sentido de aproximação, os trabalhadores sugerem estratégias para oportunizar a *integração, interação*. Entendem que criar espaços sociais para envolver o pessoal, para que se conheçam, motiva, estimula os trabalhadores a trazerem novas idéias, além de melhorar as relações de trabalho.

Falta umas coisas para entrosar mais a equipe, criar festas para a enfermagem, pois cria laços de amizade [...] hoje é só trabalho e depois cada um para suas casas (Avai, NM).

[...] fazer festas, gincanas, para motivar as pessoas [...] elas estão fechadas em grupos pequenos (Fofa, NS).

Está faltando mais espaços para a integração, festividades, para as pessoas se conhecerem, como existia [...] gincanas, competições isto motiva [...] as pessoas partilham idéias [...] o departamento pessoal até tenta, mas a gente sabe que essas coisas funcionam melhor quando a enfermagem se envolve junto (Pupi, NM).

Tem que existir alguém da enfermagem dentro do recursos humanos para poder implantar a motivação, para haver mais integração (Bolinha, NM).

Percebe-se nessas falas que os trabalhadores estão preocupados com a qualidade de vida no trabalho relacionada com a integração social e relembram do passado com saudosismo. Há uns oito anos atrás a enfermagem organizava na semana de aniversário do HU, ou na semana da Enfermagem – gincanas, campeonatos de canastras, festa junina, campeonato de futebol, entre outros. Esses

eventos mobilizavam as pessoas e desenvolviam a criatividade, pois as equipes apresentavam teatros, arrecadavam brinquedos para a creche, jogavam. Apesar de ser organizado pela enfermagem, todos os trabalhadores do hospital participavam das atividades. Mas, com as mudanças políticas, o achatamento dos salários, a falta de recursos internos, houve desmotivação dos profissionais que organizavam os eventos. Todavia, salienta-se que na semana de enfermagem do corrente ano, foram realizadas algumas festividades, incluindo teatro, porém a participação foi mínima.

Acredita-se que essas estratégias possibilitariam a integração social, facilitando um senso de comunidade dentro do HU. Isso, sem dúvida, seria a mola mestra para um bom nível de integração social. Além disso, a não convivência do indivíduo com o grupo de trabalho, o afeta nos seus contatos sociais e pode afetar a eficiência da instituição. Esse não convívio social faz com que os indivíduos fiquem cada vez mais isolados, porém o convívio com os demais, torna os indivíduos mais criativos por causa do estímulo que os membros proporcionam uns aos outros.

Enfim, as diretrizes aqui manifestadas apontam novas referências para os espaços participativos existentes, apontam novos caminhos que fortalecem o desenvolvimento de uma cultura democrática e colocam os sujeitos trabalhadores como atores ativos no processo de construção coletiva para uma Gestão Participativa.

7 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os novos tempos se caracterizam por fortes mudanças e transformações constantes, entre essas estão os valores sociais, a redefinição dos papéis – no jeito de pensar, agir, sentir, decidir, influenciar as instituições de trabalho. Incorporadas neste quadro, as instituições públicas de saúde, movidas pelo desequilíbrio que caracteriza toda organização dinâmica, necessitam também se adequar às novas políticas de saúde - ao modelo de Gestão em Saúde e Gestão do Trabalho no SUS, que traz como eixo principal: a democratização das relações no trabalho, o controle social por meio da participação dos trabalhadores e dos usuários, e a integralidade da assistência. Esses princípios e diretrizes do SUS passam a permear o processo de mudanças organizacionais para a efetiva consolidação do SUS e que se apresentam como produto do processo participativo.

Dessa forma, as instituições necessitam redefinir sua cultura, buscando uma visão que não separa a dimensão política (poder e jogos de interesse), da dimensão simbólica (estilos de funcionamento), mas que busca superar as dicotomias – objetividade/subjetividade, organização/indivíduo, abrigando as diversidades. Isso faz com que as instituições aprendam a conviver com o indivíduo e a equipe, com os mais novos e os mais velhos; com as políticas governamentais; com a flexibilidade e a rigidez, com os espaços não institucionais – ABEn, Sindicatos, entre outros.

A mudança organizacional é necessária, para que as instituições permaneçam vivas e competitivas. No entanto, quando as influências internas e externas provocam mudanças radicais na organização torna-se um desafio. Historicamente os hospitais têm-se organizado a partir das profissões que neles atuam, mantendo a divisão parcelar do trabalho, impedindo a complementaridade dos saberes, a solidariedade assistencial, e a integralidade das ações, demonstrando a complexidade do processo de organização do trabalho em saúde. Portanto, mudar a organização do trabalho nas instituições hospitalares implica em alterar os aspectos estruturais, organizacionais e relacionais.

Os estudos acerca da gestão organizacional apontam de uma forma geral, os modelos democráticos que levam a participação, como um dos fatores que interfere

de forma positiva na mudança organizacional do trabalho. O modelo democrático de co-gestão é sem dúvida um modelo propício à mudança, porque permite desde o início, como bem descreve Rivera (2003), o encontro onde não havia encontro. Entretanto, para haver essa apropriação da organização, pelos sujeitos trabalhadores, bem como do controle sobre o processo de trabalho, é necessário que os mesmos sejam sensibilizados por meio da prática participativa.

Democratizar as relações de trabalho exige ampla participação dos trabalhadores, por isso, a gestão participativa é um modelo de negociação, de baixo para cima, que se apóia na formulação de análises, avaliações e estratégias, bem como, utiliza-se de um método de trabalho comum. Além disso, possibilita ao sujeito trabalhador sentir-se sujeito de sua ação ao realizar um trabalho mais inteiro, pois compartilha, divide, participa das ações coletivamente. O caminho para a democracia nas instituições hospitalares pode ser árduo, mas não é impossível, porém exigirá muito diálogo.

Caminhando nesta direção já se encontra a enfermagem do HU, com sua estrutura organizativa voltada para a democracia participativa. Vale lembrar que a enfermagem é apenas uma categoria profissional provocando mudanças ainda pequenas, que segundo Gelbcke (2002) podem repercutir no todo da instituição, o que pode também ampliar os espaços de co-gestão da própria categoria. O que importa para a autora, não é o tamanho da mudança, mas o seu início mesmo que seja em pequenas porções, numa unidade, numa categoria.

Neste sentido, o HU enquanto instituição inicia seus primeiros passos, na busca da democratização na organização do trabalho e também, para a efetiva consolidação do SUS. Para isso, a instituição necessita reestruturar sua organização por meio de instâncias democráticas horizontalizadas que permitam a participação do coletivo das profissões nas relações de trabalho, como forma de fortalecer o protagonismo, o coletivo, a criatividade e a co-responsabilidade social dos sujeitos trabalhadores. Neste contexto, a enfermagem precisa ampliar suas instâncias democráticas para que possibilitem a participação ampla de todos os sujeitos trabalhadores. Construir um trabalho mais prazeroso e motivador para os trabalhadores, por conseguinte oportunizará uma reflexão sobre a necessidade de desenvolvimento participativo, permitindo uma interação interdisciplinar e multissetorial, no sentido de produzir uma assistência de saúde integral ao usuário do serviço, se faz emergente para a instituição.

A participação nas relações de trabalho inaugura uma outra ética no processo de trabalho em saúde, pois traz um novo modo de cuidar interdisciplinar, rompendo com o pensamento médico-hegemônico, com a fragmentação do cuidado e redirecionando o foco da produção do cuidado, que passa da doença para o sujeito em sociedade, modificando a filosofia da assistência. A criação de espaços de governabilidade coletiva, além de implicar na democratização das relações de trabalho, proporciona o aprendizado da participação pelo exercício da prática. Com isso, os sujeitos aprendem a construir contratos e compromissos entre todos os envolvidos no sistema, propiciando a distribuição do poder.

Dentro deste pensar, a enfermagem vem debatendo sobre a organização do trabalho, e há muito questiona essa forma fragmentada, biologicista, positivista do assistir/cuidar em saúde e evidencia a necessidade da integralização do cuidado, de compartilhar o saber/fazer. Vale lembrar que há tempos o ensino na enfermagem orienta um modelo assistencial holístico, visando a integralidade do sujeito do cuidado. Portanto, na prática, a enfermagem do HU está familiarizada com a integralidade do cuidado mesmo que isoladamente. Porém, tenta buscar o compartilhar do cuidado com outras disciplinas, como a medicina, sendo este compartilhar possível em alguns momentos, em outros se torna conflituoso. Entretanto, a partindo-se da experiência vivida, a enfermagem mantém uma relação de trabalho mais harmônica com o serviço social, a nutrição, e a psicologia, favorecendo esse compartilhar de saberes.

Além disto, a enfermagem do HU nos modos de se fazer a gestão, possui alguns espaços democráticos formais e informais participativos. Esta organização democrática da DE/HU proporcionou a investigação sobre as possibilidades concretas de participação dos trabalhadores de enfermagem dos diversos níveis profissionais. Igualmente mostrou que falar de participação, no contexto da enfermagem do HU, não é tarefa fácil, é complexo, corroborando com a literatura, devido à subjetividade dos sujeitos pesquisados, das ideologias, das representações e valores.

Neste sentido, este estudo necessitou de muita reflexão sobre a prática profissional da enfermagem, no que diz respeito ao seu envolvimento na organização do trabalho a partir dos espaços formais e informais de participação consentidos pela DE. Na busca de um entendimento, articulou-se as explicitações dos sujeitos trabalhadores, com os registros dos documentos existentes na DE e

com a literatura. O cruzamento dos dados foi complexo configurando as contradições entre discurso e prática, que marca a construção das representações dos trabalhadores. Frente a isto, como não foi prevista na metodologia a observação do campo, a análise em profundidade apresentou limitações. No entanto, os sujeitos trabalhadores foram capazes de dar sentido à realidade vivenciada.

Ressalta-se que as **concepções de participação** se desvelaram sob vários olhares, a partir da perspectiva individual dos sujeitos e do contexto institucional. Isto proporcionou observar-se que a participação para os trabalhadores trata-se mais de um discurso, de um sentimento de participar, de uma presença, do que de uma efetiva distribuição de poder entre todos que fazem parte da enfermagem.

Além disso, ficou aparente que os trabalhadores de ambos os níveis profissionais que apresentam formas de participação limitadas ou parciais, também tendem a apresentar sentidos limitados sobre a participação. Apesar disso, alguns trabalhadores apresentam uma concepção mais abrangente do termo, porém na prática o discurso dessa abrangência não se aplica. Ressalta-se, que mesmo havendo formas de participação direta e indireta na DE, que proporcionam a participação de todos os interessados, os sujeitos trabalhadores mantêm na prática, uma comodidade, não buscando a participação. E quando buscam as formas de participação baseiam-se em sua maioria no desenvolvimento de atividades direcionadas a atender objetivos que contemplam mais o lado assistencial.

Não tirando a importância e a positividade da participação direta, é importante considerar que para a maioria dos trabalhadores, participar significa apenas colaboração, interação e integração nas atividades diárias. A participação, para os trabalhadores, não é contextualizada como uma forma de ver a realidade que se contempla e se integra, possibilitando a compreensão mais profunda dos acontecimentos revelados no âmbito dos espaços formais e informais de participação.

No geral, percebe-se uma apatia, uma passividade muito grande nos trabalhadores de enfermagem em conquistar espaço para a participação, fazendo parecer que os mesmos esperam que tudo seja providenciado pela Diretora, o que faz pensar que a participação é efetiva quando ela é conquistada e não apenas consentida. Por outro lado, esse marasmo pode ser reflexo da educação autoritária imposta pela administração científico-clássica e burocrática do trabalho, porque é real que trabalhadores educados nesse

regime administrativo levem mais tempo para aprender a participar, sendo necessário provocá-los e também instrumentalizá-los. Claro, se houver uma honesta intenção de ajudá-los a se educarem para a participação, pode a mesma ser provocada e organizada pela Direção, sem que isto signifique necessariamente manipulação, dessa forma, iniciando o processo com instrumentalização, o mesmo irá adquirindo cada vez mais autonomia (BORDENAVE, 1994; DEMO, 2001).

Os poucos trabalhadores que explicitaram significado mais amplo de participação, desenvolvem ou desenvolveram papel de representante, ou outras atividades participativas em outras esferas sociais, tais como: sindicato, mesas de negociações, conselho de classe, ou comunitário. Esses trabalhadores que apresentaram uma representação mais sólida de participação ampliaram as possibilidades de participação para a instituição. Com isso, demonstram uma compreensão de que existem outros âmbitos possíveis para a sua participação social, confirmando que são portadores de imaginação, de desejo de dar um sentido à sociedade e ao universo a que pertencem.

Dessa forma, se confirma que a concepção da participação pode sofrer diferenças profundas no comportamento entre pessoas submetidas a contextos sociais, econômicos, ideológicos e históricos semelhantes. As diversas maneiras como os sujeitos trabalhadores concebem a participação, vai interferir positivamente ou negativamente na efetivação de sua prática, implicando na sua transformação ou não, de sujeito passivo em cidadão ativo. Esta ação e reflexão da prática se constituem na unidade dialética que engloba a maneira de ser e transformar o mundo, sendo essa denominada por Freire (1980) de conscientização.

Pensar na participação como um método de gestão, não é pensar que esta é um instrumento apenas para regulação de conflitos, mas também uma necessidade do homem de se auto-afirmar, de interagir em sociedade, criar, realizar, contribuir, enfim, sentir-se útil e eficaz ao realizar o trabalho coletivamente.

Isto confirma o quanto é difícil se implantar modelos participativos, pois se pode afirmar que esses espaços provocados foram idealizados por um grupo de pessoas que acreditam ser a participação o caminho para democratizar as relações de trabalho. No entanto, as pessoas não foram preparadas para esse modelo, não modificaram seu modo de pensar e agir, isto é, o nós em detrimento do eu, e precisam cumprir as novas regras e por serem sujeitos distintos gera um conjunto

diferenciado de práticas. Assim, aparecem as dificuldades para a efetivação da participação, ou seja, condições estruturais, organizacionais, relacionais e incluem-se as informacionais, tão necessárias para a sua concretização. Implementar modelos de gestão requer, não só uma mudança cultural no modo de pensar/agir, mas sim, compartilhar idéias, informações para buscar ações congruentes que impulsionem a sua realização. É condição *sine qua non*, neste sentido, eliminar os desencontros entre representantes e representados.

Observa-se que esses desencontros existentes em parte são reflexos da não existência de um facilitador que influencie o comportamento organizacional, ocasionando os condicionantes verbalizados pelos sujeitos trabalhadores. Está-se, se referindo que a participação, como filosofia, não era declarada explicitamente como um dos valores da enfermagem, e a sua aplicabilidade é realizada na maioria das vezes, intuitivamente pelos enfermeiros chefes, coordenadores de turno, coordenadores das comissões e de acordo com suas concepções, não atingindo todas as unidades de serviço. Isto incide na dificuldade observada em enxergar o outro, há em alguns momentos uma fixação “no próprio umbigo”, o que ocasiona cegueira e dificuldade de conhecer e entender a instituição, consequentemente dificulta a viabilidade dos espaços participativos existentes e de possíveis estratégias.

Neste sentido, declarar diretrizes filosóficas democráticas para nortear a organização do trabalho é contribuir para a mudança do comportamento dos trabalhadores. Estou me referindo a Missão, Visão e Filosofia que declara a participação como um valor. Essas diretrizes norteiam a reorganização dos espaços existentes, pois a missão é um instrumento que procura obter consensos e harmonizar interesses abrandando pela negociação a resistência de grupos antagônicos (CECÍLIO, 2001), visto que a enfermagem é composta por três níveis profissionais, além de possuir equipes tão diversificadas e com tanta assimetria de poder.

Reconhece-se, desta forma, que a DE avança mais um pouco na participação e implanta um dos instrumentos mais democráticos que permite a distribuição de poder de forma igualitária - o planejamento estratégico participativo. Na elaboração do mesmo, a enfermagem do HU declarou numa construção coletiva sua missão, visão e valores com um enfoque participativo, visando às diretrizes do SUS. A declaração da missão se disseminada compromete os sujeitos trabalhadores, desta

forma pode provocar modificações culturais, impulsionando a formação de coletivos, o que implica na necessidade de articular os interesses, expectativas e desejos de uns e de outros (GANDIM, 1994; LERNER, 1996; CECÍLIO, 2001). Apesar de somente agora a enfermagem declarar sua missão, observa-se que os espaços participativos existentes, mesmo que timidamente, visto as dificuldades de organização social dos trabalhadores, proporcionaram um avanço na efetivação da participação. Claro que muitos pontos necessitam ser trabalhados, melhorados, pois existe muita desinformação originando as contradições evidenciadas entre o discurso dos sujeitos trabalhadores e a prática. No entanto, não se pode afirmar que a enfermagem do HU não possui espaços participativos, mas sim, o apropriado seria assegurar que há dificuldades de efetivação da participação.

Entre essas dificuldades, estão às **relações interpessoais**, sendo evidenciado principalmente devido os contra-sensos nas representações dos sujeitos trabalhadores em relação ao papel do representante e do representado, bem como nas formas ainda domésticas de gerenciamento dos conflitos. Estas dificuldades, em grande parte, estão no despreparo dos enfermeiros para exercer uma coordenação e liderança participativa. Os contra-sensos do gerenciamento participativo estão relacionados à sua prática, aonde alguns vêm procurando exercê-lo de forma a envolver os trabalhadores nas decisões sobre o que afeta seu trabalho e outros ainda praticam-no para as necessidades do serviço, para o cumprimento de normas, rotinas e tarefas, não atendendo as necessidades dos trabalhadores de enfermagem.

Estes despreparos dos enfermeiros assistenciais e chefias para exercer coordenação e liderança participativa, muitas vezes ocasionam conflitos nas relações interpessoais, justamente pela falta de unificação entre o pensar/agir nas ações gerenciais. Assim, terminam em estimular a desresponsabilização, principalmente pela existência ainda de exclusão dos sujeitos trabalhadores dos processos de decisão, em decorrência de que nem todos participaram da elaboração dos rumos da unidade de serviço. No cotidiano o enfermeiro desenvolve suas atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa, sendo que nem sempre ocorre um encontro entre elas e algumas são desenvolvidas separadamente em detrimento de outras. Não deixando de reconhecer a importância da necessidade de se articular essas quatro funções, se considera que para um processo de gestão participativa seja implantado e desenvolvido efetivamente, as

funções gerenciais e educacionais precisam estar articuladas cotidianamente.

Neste sentido, se enfatizam alguns fatores inibidores ou dificultadores da participação e que podem ser associados ao despreparo dos sujeitos trabalhadores em compreender seu papel de cidadão ativo, contribuindo para a sua participação limitada, a saber: quanto **aos enfermeiros** pode-se relacionar: comunicação inadequada, muitas vezes detendo informações; conflito entre o duplo papel, ou seja, representar os trabalhadores ao mesmo tempo em que representa a instituição; inabilidade para negociar interesses, não enfrentando os conflitos; inexistência de avaliações informais no cotidiano do trabalho não favorecendo a supervisão e a educação permanente; desconhecimento da estrutura organizativa da DE; falta de clareza sobre o real sentido de participação e sobre o papel de representante. Quando **ao nível médio** pode-se citar: aspectos relacionados à postura; certo comodismo, talvez como defesa pela percepção das várias formas gerenciais exercidas na enfermagem que ocasiona desigualdades de participação na organização do trabalho, conflitos relacionais e desresponsabilização ou ainda, ser reflexo dos anos de paternalismo ou, porque é melhor receber tudo pronto; certo grau de individualismo dificultando um trabalho em equipe; falta de iniciativa, no sentido de buscar informações sobre a estrutura organizativa da DE; falta de clareza sobre o sentido de participação e de entender qual o seu papel enquanto representado e de representante; diferenças culturais sobre o significado de trabalho entre o trabalhador “novo” e o “velho”, ocasionando divergências em relação ao compromisso com a profissão, organização e a prática assistencial.

Além disso, a enfermagem do HU ainda conserva algumas limitações do modelo de gestão alicerçado nos princípios da administração científica/clássica/burocrática do trabalho, que impedem o sujeito trabalhador de utilizar todo o seu potencial criativo e de manifestar a sua subjetividade. Neste sentido, há necessidade de se atentar para as grandes forças criativas que operam no interior da equipe, bem como, para o sentimento de realização individual encontrado quando o sujeito trabalhador participa de uma discussão coletiva, pois estimula as pessoas a extraírem idéias latentes e manifestarem sua unidade na conquista de uma meta comum. Mas esse processo não é fácil, exige mudança de atitudes, desenvolvimento de novas aptidões, mas, isso não pode ser considerado obstáculo para implantar uma Gestão Participativa e muito menos desculpa para manter o autoritarismo no seu sistema de tomada de decisão. Todavia, isto representa a complexidade que envolve a reflexão

sobre o comportamento humano e que influencia a organização do trabalho.

Em relação à **arquitetura organizacional** da DE, se observa a manutenção de um desenho rígido e hierárquico, o que não retrata a democratização da gestão ocultando sua horizontalidade, bem como, não possibilita a visualização de sua cadeia de comando flexível. Percebe-se, através da experiência e análise dos dados, que na prática as pessoas não seguem rigidamente os canais burocráticos de comando. Para efeito, não se está afirmando que existe rebeldia estrutural, desrespeito organizacional, mas sim, existe uma flexibilidade na resolução dos problemas, pois se pode evidenciar que muitas unidades resolvem os mesmos entre si. Isto demonstra que o sistema de comunicação (relações interpessoais) não é somente descendente e ascendente, mas também diagonal. Sendo assim, entende-se que a enfermagem do HU necessita atualizar contemporaneamente seu desenho de arquitetura organizacional, como forma de contemplar esse modelo de gestão participativo.

Uma arquitetura organizacional, que pode dar conta do modelo de gestão em saúde do SUS (sistema de atividades – integralização do cuidado), do sistema horizontalizado de autoridade da DE, do sistema de comunicação – que permite a forma diagonal da cadeia de comando está na *arquitetura em forma de rede ou de roda* (CHIAVENATO, 1996; HIRT; ALBERTON, 2001; CECÍLIO, 2003).

Em relação ao **processo eleitoral** destaca-se: a desigualdade no processo eleitoral não permitindo eleição direta para os coordenadores das comissões (CEPEn e CPMA), pois um novo modo de organizar o trabalho democraticamente deve prever a igualdade de procedimentos. Como forma de se fazer cumprir o regimento da CPMA, se faz necessário convocar eleições diretas para escolha dos quatros representantes de nível médio. Emerge também, a necessidade de se estudar e traçar os perfis mais adequados para os cargos de coordenações das comissões, chefias de divisões e direção, para que o currículo possa realmente ser utilizado com uma pré-seleção dos candidatos aos cargos à eleição, bem como contemplar as exigências dos cargos. Não há previsão de tempo para permanência nos cargos hierárquicos, confirmando uma vitaliciedade nos cargos, sendo necessário uma adequação no regimento. Quanto ao CEPEn há necessidade de eleger mais representantes dos trabalhadores como forma de descaracterizar seu ar de formalidade representativa.

Quanto aos **regimentos internos** da DE destaca-se, o RI do CEPEn não está

organizado, fato que dificulta visualizar sua filosofia e objetivos, bem como entende-se que necessita unificar as atribuições dos seus integrantes, proporcionando uma melhor integração entre os membros.

Em relação às **comissões de assessoria permanentes, colegiado de chefias e conselho administrativo da enfermagem** de uma forma geral, falta divulgação quanto, suas finalidades, seus objetivos, quem são seus representantes. Esta deficiência reflete a falta de canais de informações, de contato entre os representantes e os representados. Neste sentido, se faz necessário uma maior articulação, diálogo de ambas as partes, sendo indispensável para a participação a mudança no comportamento, cabendo ao *representante*: ouvir e se fazer ouvir, questionar, informar, estimular, envolver, consultar, ter voz e ser porta voz, ter co-responsabilidade; aos *representados*: tomar iniciativa, agir, perguntar, questionar, participar, oferecer sugestões, se co-responsabilizar e controlar as ações do representante. Com essas mudanças de atitudes, esses espaços formais participativos responderam as necessidades dos sujeitos trabalhadores. No entanto, enfatiza-se a necessidade de se estruturar a CEEn, no sentido de unificar o funcionamento e tratamento com as demais, o que oportunizará um melhor desempenho do seu papel. Entre as necessidades destaca-se: um coordenador com dedicação exclusiva, para facilitar a organização do trabalho interno para o alcance dos objetivos. Para efeito salienta-se que esta percepção é da pesquisadora, com base nas manifestações dos sujeitos trabalhadores representados, bem como dos ex-membros da comissão e, também, no RI da mesma.

Com relação à **Assembléia Geral da Enfermagem** se percebe concretamente que as dificuldades de participação envolvem única e exclusivamente a vontade do trabalhador em querer fazer e ter parte.

Enfim, esses condicionantes da participação não podem ser considerados entraves simplesmente. Neste sentido, os sujeitos trabalhadores demonstraram uma consciência crítica da realidade ao apontar algumas mudanças com vistas a melhorar os espaços formais de participação e conjeturaram novos caminhos para uma efetiva gestão Participativa. No entanto, é necessário esclarecer que algumas sugestões de novos arranjos efetuados pelos trabalhadores sofreram adequações, pois alguns burocratizavam ainda mais a gestão, outros reproduziam a lógica das corporações, acentuando a divisão social do trabalho na enfermagem e na instituição, como por exemplo, o conselho de co-gestão da enfermagem. Criar

arranjos excessivos pode não proporcionar ações concretas, deixando as sugestões realmente viáveis no plano da idealização e do desejo.

Ao refletir sobre as estratégias elaboradas, se pode afirmar que além de alterar os aspectos estruturais, organizacionais e relacionais da DE, possibilitam uma articulação com as atuais diretrizes da enfermagem e do SUS. Porém, se espera que os novos espaços democráticos, além de possibilitar a participação de todos os trabalhadores de enfermagem na decisão, possa também propiciar um aprendizado constante para que todos participem com decisão.

Para a construção de sujeitos coletivos e, baseando-se em Cecílio e Mendes (2004), que se acredita serem viáveis as sugestões que criam espaços de negociação. Vale lembrar que estes espaços não podem anular as diferenças trazidas pelos sujeitos trabalhadores e também, que não se esvaziem no seu potencial de criar uma lógica mais descentralizada e compartilhada de poder na organização do trabalho na enfermagem.

Para tanto, as novas estratégias sugeridas pelos trabalhadores que possibilitam a criação de discursos heterogêneos passíveis de serem compartilhados, e que modificam a estrutura da organização do trabalho na enfermagem em nosso entender são:

- Seminário sobre participação e gestão, como forma de permitir entendimento do significado, formas, tipos;
- Avaliação de desempenho, refletir sobre a criação de um processo de avaliação interna que oportunize uma ação conjunta;
- Estabelecer eleições para todos os representantes das comissões e para os cargos de coordenação – considerando o currículo como pré-seleção e plano de trabalho;
- Criação de colegiados de co-gestão em todas as unidades de serviços (estaria se investindo no planejamento);
- Criação de um fórum de representantes com participação de todos os níveis profissionais com reuniões trimestrais.

Algumas sugestões abrangeram a instituição, como por exemplo: criar um jornal do HU, como forma de canal informativo e integrador; criar uma política que diminua a distância geográfica entre os sujeitos trabalhadores e as direções; propiciar eventos sociais.

Enfim, estas sugestões poderão estimular os trabalhadores de enfermagem a

participarem mais efetivamente da vida institucional, criando-se um ambiente participativo, que favorecerá o desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas. Por conseguinte, contribuirá tanto para o crescimento pessoal, profissional como institucional, pois os trabalhadores estarão constantemente estimulando a consciência crítica e assim, as transformações refletirão positivamente na assistência de enfermagem.

Com base nas mudanças sugeridas para a enfermagem e nas sugestões de Cecílio e Mendes (2004), acredita-se ser de suma importância o HU tecer uma composição de espaços participativos coletivos que envolvem todas as categorias profissionais que atuam na instituição, bem como os usuários do serviço. Para efetivar essas estratégias, será necessária a construção, conforme ressaltam Cecílio e Mendes (2004, p. 53), de “pactos ético-político”.

Contudo, mesmo com as dificuldades evidenciadas na concepção do termo participação, destaca-se um senso comum, pois os sujeitos trabalhadores vislumbram instrumentos capazes de efetivar a participação. A reflexão sobre suas experiências, oportunizou uma tomada de consciência em que se fizeram sujeitos de suas ações ao idealizarem projetos para transformar a realidade. As estratégias discutidas neste trabalho indicam a existência de oportunidades, abertas tanto pela experiência dos atores sociais como por outras experiências que estão ocorrendo em várias instituições do país.

Entendo que essas estratégias relacionadas com a organização do trabalho, dependem da organização social política dos sujeitos trabalhadores e de sua intervenção organizada, só assim, essas estratégias transformarão a realidade e impulsionarão os benefícios. Estes caminhos sugeridos são frutos de um aprendizado, mesmo que inconsciente, devido a prática da participação, não só nas comissões, que ocorrem timidamente, mas principalmente na elaboração do planejamento estratégico participativo. Participação, democracia, crenças e valores comuns são palavras-chave numa organização. As lideranças têm importante papel nos processos democráticos, cabendo a elas: dar o exemplo, avaliar e estimular pessoas, gerenciar relacionamentos, perceber onde estão os conflitos e as tensões e tratá-los, prever a crise para melhor enfrentá-la, promover a discussão sobre a missão, refocalizá-la, integrar as diversas potencialidades do trabalhador, promover reflexões sobre a realidade. Enfim, diminuir constantemente a separação entre os que pensam e os que fazem o trabalho da enfermagem.

Estar atento à necessidade de mudança é um imperativo dos novos tempos. Mas as mudanças dependem, essencialmente, de apoio interno. Potencializar o trabalhador para se perceber como sujeito histórico capaz de assumir compromisso e responsabilidades sociais, isto é fundamental para a participação cidadã. Também, se faz necessário potencializar os trabalhadores para entenderem-se como sujeitos de relações, desenvolvendo sentimentos de inclusão e pertencimento grupal, estabelecendo relações de proximidade, ajudando a cultivar a ética da solidariedade (resgatando o orgulho profissional). A participação e convivência cidadã devem ser tratadas com maior responsabilidade, de modo que os resultados sejam alcançados, ou seja, a partir de um gerenciamento participativo sério das atividades, com organização e com objetivos certos e predeterminados, que proporcionem a evolução social.

É importante que as estratégias elaboradas tenham um fim produtivo e não apenas paliativo. Quanto mais se entende do que se faz, mais chance há de obter êxito, quanto mais valorização se der ao sujeito trabalhador e ao grupo ao qual ele pertence, mais se pode chegar numa posição em que a cidadania é praticada de fato e, conseqüentemente, as condições sociais serão melhores.

Com tudo, se pode evidenciar nas estratégias explicitadas, uma tomada de consciência de todos os trabalhadores de que para uma categoria ou grupo social ter voz e vez precisa organizar-se. Neste sentido, mesmo com a pouca representatividade dos sujeitos trabalhadores nos espaços formais e informais provocados, pode-se perceber uma evolução no aprendizado, visto que a maioria foi em algum momento representante. Apesar de todos os condicionantes evidenciados por eles, dá para afirmar que os mesmos conseguiram fazer parte e agora, mais amadurecidos, evidenciam uma busca pela conquista de espaços mais efetivos. Essa busca dos sujeitos trabalhadores comprova ainda que inconscientemente, a percepção de que o mais importante não está em fazer parte, mas sim, em como se toma parte, corroborando com a afirmação de Bordenave (1994).

Enfatiza-se que os processos de participação, para serem efetivos, necessitam de uma excelente comunicação. Neste sentido, afirma-se que o maior entrave evidenciado na enfermagem que impede uma participação efetiva resulta da ineficiência da comunicação. Entende-se que para o trabalhador participar das decisões necessita de informações. Para que os sujeitos trabalhadores se sintam informados e motivados, a instituição deve garantir um fluxo de comunicação

permanente e horizontal, por meio de um sistema interno dinâmico. As palavras de Drucker merecem reflexão:

A instituição deve ser baseada na informação. Ela deve ser estruturada ao redor das informações que fluem dos indivíduos que executam o trabalho para aqueles que estão no topo - os responsáveis finais - e também ao redor das informações que fluem para baixo. Esse fluxo de informações é essencial, porque uma organização precisa ser uma organização de aprendizado (DRUCKER, 1990, p. 132).

Do mesmo modo, apreende-se que participar não é ficar no seu mundo, acomodado, reivindicando direitos. Há necessidade do trabalhador de enfermagem despertar a capacidade de ter consciência sobre seus atos, de conseguir argumentar sobre suas idéias, saber respeitar posições, conhecer os limites, buscar o NÓS em detrimento do EU (resgatando o dever moral). Uma gestão participativa não comporta a posição de ficar somente avaliando até que ponto essa idéia me favorece ou favorece a minha categoria, ou meu nível profissional, fatos esses evidenciados na enfermagem. Do mesmo modo, acredita-se que estas ações são mais inconscientes do que conscientes, fruto ainda de um modelo de gestão que espoliou os trabalhadores. Isto mostra o quanto a participação precisa ser entendida, assimilada como um direito inerente de cada um, mas isso não é um processo fácil, pois está ligada a própria formação política do sujeito trabalhador de enfermagem.

Acredita-se que estas considerações reforçam a importância da difusão de práticas efetivamente participativas, contribuindo com a construção de novas representações, que por sua vez estimulem a emergência de novas práticas, tendo em vista a indissolubilidade entre processo e produto nas representações sociais.

Portanto, a cultura da Gestão Participativa na enfermagem do HU, só se formará por meio da consciência social dos trabalhadores. Para fortalecer a condição de ser humano é indispensável que este assuma novas responsabilidades, individuais e coletivas, não ficando apenas dependendo da gerencia, da direção, mas que se mostre cidadão, ator-ativo no processo de construção de uma nova Gestão solidária. Esse novo perfil não pode ser imposto, mas aprendido.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. L. **A luta pela identidade profissional: participação e enfermagem**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. (Teses em Enfermagem).

ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ASSMANN, H; SUNG, J. M. **Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança**. Petrópolis, Vozes, 2000. 331p.

ASSMAR, E. M. L.; FERREIRA, M. C. Cultura, justiça e saúde no trabalho. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.155-178.

AZEVEDO, S. C. de. **O processo de gerenciamento X gestão no trabalho do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2000.

BECK, C. L. C; GONÇALES, R. M. B; LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002. p. 223-244.

BENEVIDES, M. V. **O que é formação para a cidadania?** Disponível em: <<http://www.abong.org.br/entrevistas/benevides1.htm>>. Acesso em: 29 jun 2004.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção primeiros passos, 95).

BORENSTEIN, M. S. Poder da Enfermagem no espaço hospitalar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 42-53, ago. /dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Gestão do Trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano nacional de saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de humanização**. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 10 de junho de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série Textos Básicos de Saúde).

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Práxis em salud: um desafio para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial/São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate).

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência, Saúde Coletiva**, 2000, v. 5, n. 2. p. 219-230. ISSN 1413-8123.

_____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

CAMPOS, R. Os quatro desastres ecológico. **O Globo**, Rio de Janeiro, cad. 1, p. 6, 24 jul. 1988.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAPELLA, Beatriz. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1998. (Teses Enfermagem – UFSC).

CAPELLA, B; MATOS, E., et al. Programa vivendo e trabalhando melhor: aplicação prática no trabalho de enfermagem do HU/UFSC. In: CAPELLA, B.; GELBCKE, F. L.; MONTICELLI, M. (Org.). **Para viver e trabalhar melhor: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador**. Florianópolis: UFSC/CCS, 2002. p. 51-86.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiânia: AB, 1997.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16. p. 161-177, set. 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, 2001. p. 973-983.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 315-329, 1999.

CECÍLIO, L. C. O; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 2, p. 39-55, mai/ago 2004.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **Integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar**. São Paulo, 2003. Disponível em: www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc. Acesso em: 29 nov. 2005.

CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E; VASCONCELOS, J. (Org.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 118 a 126.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. São Paulo: Makron Books, 1994.

_____. **Os novos paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas**. São Paulo: Atlas S. A., 1996.

_____. **Teoria geral da administração: introdução**. 4. ed. Rio de Janeiro: Campos, 1999.

_____. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campos, 1999.

CIAMPONE, M. H. T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Administração em enfermagem**. 3. ed. São Paulo: EPU, 1991.

COLLET, N. et al. Método funcional na administração em enfermagem: relato de experiência. **Revista Bras. Enferm.** Brasília, v. 47, n. 3, p. 258-264, jul./set. 1994.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (SC). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Florianópolis: COREN-SC, 1996.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1989.

_____. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DRUKER, P. Administração de organizações sem fins lucrativos: princípios e práticas. São Paulo: Ed. Pioneira, 1990.

_____. **Sociedade pós-capitalista**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1993. (Coleção novos umbrais).

_____. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Rio de Janeiro: Vozes Ltda, 1997.

ERDMANN, R. H. **Organização de sistemas de produção**. Florianópolis: Insular, 1998.

FARIA, Eliana Maria. Comunicação e informação: instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 47-59, jan/jun. 1995.

FARIA, José H. **O autoritarismo nas organizações**. Curitiba: Criar Edições, 1985.

FERRAZ, C. A. Construindo uma prática administrativa de enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 42, Natal, 1991. **Anais...** Natal: ABEn, ABEn-RN, 1991. p. 85-98.

FERREIRA, A. A; REIS, A. C. F; PEREIRA, M. I. **Gestão empresarial**: de Taylor aos nossos dias: evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FERREIRA, M. C. Bem-estar: equilíbrio entre a cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 181-204.

FLEURY, A. C. C. Organização do trabalho na indústria: recolocando a questão nos anos 80. In: FLEURY, M. T. L; FISCHER, R. M. (Coord.). **Processo e relações do trabalho no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987. p. 51-66.

FLEURY, M. T. L. Desafios e impasses na formação do gestor inovador. In: DAVEL, E; VASCONCELOS, J. (Org.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 177 - 186.

_____. O desvendar a cultura de uma organização: uma discussão metodológica. In: FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. (Orgs.). **Cultura e poder nas organizações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1996. p. 15-27.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação e mudança**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GALLO, Sílvio. **Ética e cidadania**: caminhos da filosofia. 5. ed. São Paulo: Papirus, 1999.

GANDIN, D. **A prática do planejamento participativo**. 10. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

GELBCKE, Francine L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2002. 262f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

GERGES, Márcia Cruz. **Tornando-se líder: um estímulo ao potencial adormecido**. Florianópolis: NR Editora, 1999.

GILES, Thomas Ranson. **O que é filosofar?** São Paulo: EPU, 1984.

GLOCK, R. S; GOLDIM, J. R. **Ética profissional é compromisso social**. Porto Alegre: Mundo Jovem/PUCRS, 2003. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/eticprof.htm>. Acesso em: 23 nov 2005.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOLFE, O. L. **Antônio Gramsci: uma alternativa para o marxismo**. 1999. Disponível em: www.rubedo.psc.br/artigos. Acesso em: 02 out. 2005.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 38. n.1., p.80-90, 1998.

GONÇALVES, L.; MATOS, E.; AZAMBUJA, E. P. **Método dialético e materialismo histórico**. Florianópolis, 2003. (Digitado)

HIRT, E. M; ALBERTON, S. C.S. **Proposta de uma arquitetura organizacional voltada para uma gestão participativa**. 2001. Monografia (Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade federal de santa Catarina, Florianópolis, 2001.

HIRT, E. M., GELBCKE, F. L. O processo de participação e a cultura organizacional na enfermagem: desafios neste novo milênio. **Rev. Ciências da Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2005. (No prelo).

KISSLER, L. **Ética e participação: problemas éticos associados à gestão participativa nas empresas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

KUUCINEN, V. O. **Fundamentos do Marxismo-leninismo**. Rio de Janeiro-Guanabara: Vitória Limitada, [s/d] 775 p.

KURCGANT, Paulina. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LEITE, J. E. T. “Nós quem, cara pálida”? a razão depois de Taylor. In: DAVEL, Eduardo e VASCONCELOS, João (Orgs.) **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 80-116.

LEITE, E.; FERREIRA, L. C. **Relatório diagnóstico dos técnicos e auxiliares de enfermagem: programa vivendo e trabalhando melhor.** Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1997.

_____. **Treinamento do papel gerencial.** Relatório de acompanhamento evolutivo. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998.

_____. **Dinâmicas do corpo gerencial:** relatório de avaliação. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1997.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LERNER, W. **Organização participativa:** mais uma poderosa tecnologia na busca da competitividade. A solução para as empresas brasileiras energizarem dirigentes e funcionários para o sucesso dos resultados. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LORENZETTI, Jorge. A enfermagem e as novas tendências no campo da administração. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 43, 1991, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn, 1991. p. 102-107.

LÜDKE, M., ANDRÊ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, V. L. **História da enfermagem:** ruptura e continuidades. Pelotas: UFPel. Editora Universitária, 1998.

MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Coleção Os economistas).

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na Enfermagem:** possibilidades e limites. 2002. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.

MATOS, F. G. **Gerência Participativa:** como obter a cooperação espontânea da equipe e desburocratizar a empresa. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1979.

MÁTTAR, J. A. N. **Filosofia e administração.** São Paulo: Makron Books, 1997.

MAXIMIANO, A. C. A. **Além da hierarquia:** como implantar estratégias participativas para administrar a empresa enxuta. São Paulo: Atlas, 1995.

MELO, M. C. de O. L. Participação como meio não institucionalizado de regulação de conflitos. In: FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. (Coord.). **Processo e relações do trabalho no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987. p. 161-178.

MELUCCI, A. **Vivencia y convivencia, teoria social para uma era de la información.** Editorial: Trotta, Madrid, 2001.

MENDES, A. M; CRUZ, R. M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 39-55.

MENDONÇA, L. C. **Participação na organização**: uma introdução aos seus fundamentos, conceitos e formas. São Paulo: Atlas, 1987.

MENDONÇA, P. S. M. **Contribuições ao estudo do marketing de idéias**: um estudo de caso no Programa Nacional de Conservação de Energia Elétrica (PROCEL). 1998. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MESQUITA, M. P. L. **A dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o) na percepção da equipe de enfermagem**: uma perspectiva de construção coletiva. 2002. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

_____. (Org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MORDALET, P; NETO, F. B.; OLIVEIRA, S. G. de. Autonomia de gestão. In: CASTELAR, R. M; GRABOIS, V. (Coord.). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Brasil: ENSP, 1995. p. 87-98.

MOSCOVICI, Felá. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 8. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

_____. **Desenvolvimento interpessoal**: treinamento em grupo. 13. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

_____. Participação na gerencia: uma perspectiva comparada. **Rev. Adm. Publ.**, v. 15, n.4, p. 10, out/dez. 1981.

MOTTA, F. C. P. **Participação e co-gestão**: novas formas de administração. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. **O que é burocracia**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984. (Coleção

primeiros passos, n. 21).

MOTTA, F. C. P; VASCONCELOS, I. F. G. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

NAZÁRIO, N. O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência/urgência**. Florianópolis: Insular, 1999.

NOGUEIRA, V. M. R; GELBCKE, F. L. **Materialismo histórico e dialético**: Leis, Categorias e Método. Florianópolis, 2000. (Digitado).

PEDUZZI, M.; HAUSMANN, M. **A enfermagem como prática heterogênea que busca e necessita ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho**. USP/São Paulo, 2005. (Digitado).

PEREIRA, A. **A analítica do poder em Michel Foucault**: a arqueologia da loucura, da reclusão e do saber médico na Idade Clássica. Belo Horizonte: Atêntica/FUMEC, 2003.

PEREIRA, F. S. **O gerenciamento do Hospital Universitário da UFSC nos níveis estratégicos, táticos e operacional, na percepção de seus dirigentes**. 2003. 314f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

PEREIRA, M. J. L. B; FONSECA, J. G. M. **Faces da decisão**: as mudanças de paradigmas e o poder da decisão. São Paulo: Makron Books, 1997.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 263-286, 2001.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PIRES, D.. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.

REZENDE, Antonio (Org). **Curso de filosofia**: para professores e alunos dos cursos de segundo grau e de graduação. 10 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo: educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. In: CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface –**

Comunic, Saúde, Educ., v. 9, n.16, p. 169-171, fev. 2005.

SALERNO, M. S. Produção, trabalho e participação: CCQ e Kanban numa nova imigração japonesa. In: FLEURY, M. T. L; FISCHER, R. M. (Coord.). **Processo e relações do trabalho no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987. p. 179-202.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani. **Promovendo saúde & ensino**: Hospital Universitário de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1983.

SEGRE, L; TAVARES, S. Estratégias empresariais para a implantação das inovações organizacionais: limites para a participação dos trabalhadores. In: NEFFA, J. C. (Coord.). **Nuevo paradigma productivo, flexibilidad y respuestas sindicales em América Latina**. Bueno Aires: Asociación Trabajo y Sociedad, 1994. p. 311-332.

SERRA, F. **A terceira inteligência**: razão e emoção não conduzem ao sucesso.... São Paulo: Butterfly, 2004.

SILVA, L. A. C. da. **O paradigma da participação na organização**: um estudo de caso na construção civil. 1994. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

STONER, J. A; FREEMAN, E. R. **Administração**. 5 ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1995.

STORCH, Sérgio. Discussão da participação dos trabalhadores na empresa. In: FLEURY, M. T. L; FISCHER, R. M. (Coord.). **Processo e relações do trabalho no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987. p. 132-160.

SVALDI, J. S. D; LUNARDI FILHO, W. D. Poder e gerenciamento na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 22-41, ago. /dez. 2000.
TAMAYO, Álvaro. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TOFFLER. A. **Powershift**: as mudanças do poder. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1990.

TORRES, J. F. **A participação nas gerencias do Hospital Universitário da UFSC**. 2003. 295f. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar**: administração & burocracia. Brasília: UnB, 1988.

TRIVINÔS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

URBANETTO, J. **Relações interpessoais e grupais no processo de trabalho das enfermeiras**: convergências encontradas entre dois hospitais universitários. 2002. 155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

URIBE, F. J. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 209-219, 2001.

VARGAS, A. Administrando o espaço simbólico: uma apresentação da teoria dos papéis. **Rev. Administração on line – Prática – Pesquisa – Ensino**. Santa Catarina, v. 2, nº. 2, abr./maio/jun. 2001. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art22/vargas.htm. Acesso em: 11 nov. 2005.

VERGARA, S. C., CARPILOVSKY, M. P. A metáfora da organização como sistema criativo. **Revista RAP**, Rio de Janeiro, v. 32. n.3, p. 87, 1998.

YIN, R. K. **Case Study Research: design and methods**. Califórnia-USA: Sage Publications, 1987.

WOOD, Thomaz Jr. (Org.). **Gestão empresarial: o fator humano**. São Paulo: Atlas, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM/DE/HU

Florianópolis, fevereiro de 2005.

DE: Eunice Maria Hirt

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC

PARA: Diretora de Enfermagem – HU/UFSC

Venho por meio deste, apresentar meu Projeto de Dissertação para apreciação da Comissão de Ética da Enfermagem/DE/HU, ao mesmo tempo, solicito a autorização para realizar coleta de dados junto aos trabalhadores de enfermagem da DE deste hospital, com a finalidade de cumprir uma das etapas deste estudo intitulado – **A Participação no Processo decisório na Percepção dos Sujeitos Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Universitário: uma reflexão em busca do exercício da cidadania democrática.**

À proposta está baseada na Filosofia Participativa sob orientação da Dra Francine Lima Gelbcke.

Esclareço que, caso seja autorizado, pretendo realizá-lo nos meses de agosto a outubro do corrente ano.

Contando com o apoio desta instituição de saúde para o desenvolvimento de minha proposta de estudo, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos e desde já agradeço.

Atenciosamente

Eunice Maria Hirt

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Apêndice B1: Roteiro para a entrevista semi-estruturada – Sujeito Trabalhador

- 1) Dados pessoais: idade, sexo, estado civil, filhos, categoria profissional, tempo na instituição e na enfermagem, turno de trabalho, contrato trabalhista, unidade de trabalho, outro trabalho (local, tempo).
- 2) O que é participação para você?
- 3) Como você percebe: a atuação da enfermagem na instituição; a sua participação na vida da instituição, na enfermagem, no seu local de trabalho, nas decisões que envolvem o seu trabalho e a enfermagem do HU, nas atividades que realiza?
- 4) Você é consultado nas decisões tomadas que afetam seu trabalho diretamente? Exemplifique uma situação.
- 5) Quais são as formas de participação que você conhece? O que facilita ou dificulta a participação?
- 6) Você sabe se existe ou conhece alguma forma de participação na enfermagem do HU? Existe algum representante de sua categoria? Você conhece o papel desse representante? O que é ser representante para você? Você faz ou fez parte? De que forma? Como você vê sua participação?
- 7) Você conhece o Regimento Interno da Enfermagem, a filosofia, sua função e atribuições?

Apêndice B2: Roteiro para a entrevista semi-estruturada – Representantes

- 1) Dados pessoais: idade, sexo, estado civil, filhos, categoria profissional, tempo na instituição e na enfermagem, turno de trabalho, contrato trabalhista, unidade de trabalho, outro trabalho (local, tempo).
- 2) O que é participação para você?
- 3) Como você percebe: a atuação da enfermagem na instituição; a sua participação na vida da instituição, na enfermagem, no seu local de trabalho, nas decisões que envolvem o seu trabalho e a enfermagem do HU, nas atividades que realiza?
- 4) Você conhece o Regimento de sua comissão? Especifique.
- 5) Qual o seu papel na comissão? Como você vê sua participação?
- 6) Qual o seu papel enquanto representante de sua categoria? Quais as facilidades e dificuldades que você encontra na representação?
- 7) Você conhece ou sabe se existem outras formas de participação na enfermagem do HU?
- 8) Você conhece o Regimento Interno da Enfermagem, a filosofia, sua função e atribuições?

APÊNDICE C – CARTA - CONVITE

CARTA — CONVITE

Caro (a) Colega,

Venho por meio desta, convidá-lo (a) para participar da pesquisa que irei desenvolver na Diretoria de Enfermagem/HU/UFSC nos meses de agosto a outubro de 2005.

A pesquisa que me proponho a realizar se caracteriza de uma reflexão, acerca da participação dos sujeitos trabalhadores das diversas categorias de enfermagem, nos processos decisórios a partir de suas vivências.

Sua participação na pesquisa poderá contribuir na construção de uma nova forma de organizar o trabalho, permitindo aos trabalhadores de enfermagem participarem efetivamente da vida e no trabalho da instituição, alcançando assim um trabalho mais prazeroso, motivador, completo e com sentido, bem como, uma melhor assistência aos usuários de nossos serviços.

Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao trabalho que estamos desenvolvendo na enfermagem.

Eunice Maria Hirt

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar de entrevistas que irei desenvolver na DE/HU/UFSC nos meses de agosto a outubro de 2005. Estas entrevistas farão parte de minha proposta de estudo que me proponho a realizar e caracteriza-se por uma reflexão acerca da participação dos sujeitos trabalhadores de enfermagem no processo decisório, com vistas a buscar indicativos que propicie o exercício da cidadania democrática.

Após a entrevista seu relato lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Se julgar necessário você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: 99034087/3485697.

Eunice Maria Hirt

É de meu conhecimento que a enfermeira Eunice Maria Hirt, mestranda do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, está desenvolvendo um estudo com um grupo de trabalhadores da Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário.

Sua proposta consiste no desenvolvimento de entrevistas acerca da participação dos sujeitos trabalhadores das diversas categorias de enfermagem, nos processos decisórios a partir de suas vivências.

Eu, _____
consinto em participar desta pesquisa, de forma livre e espontânea, podendo desistir a qualquer momento, como ter garantido a confiabilidade e o sigilo. Ainda, podendo se for de meu desejo, deixar de responder às perguntas quando julgar conveniente, estando também livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Também estou de acordo que se faça uso de gravador durante a mesma e, de que os dados obtidos após meu parecer final sejam utilizados e divulgados no referido estudo.

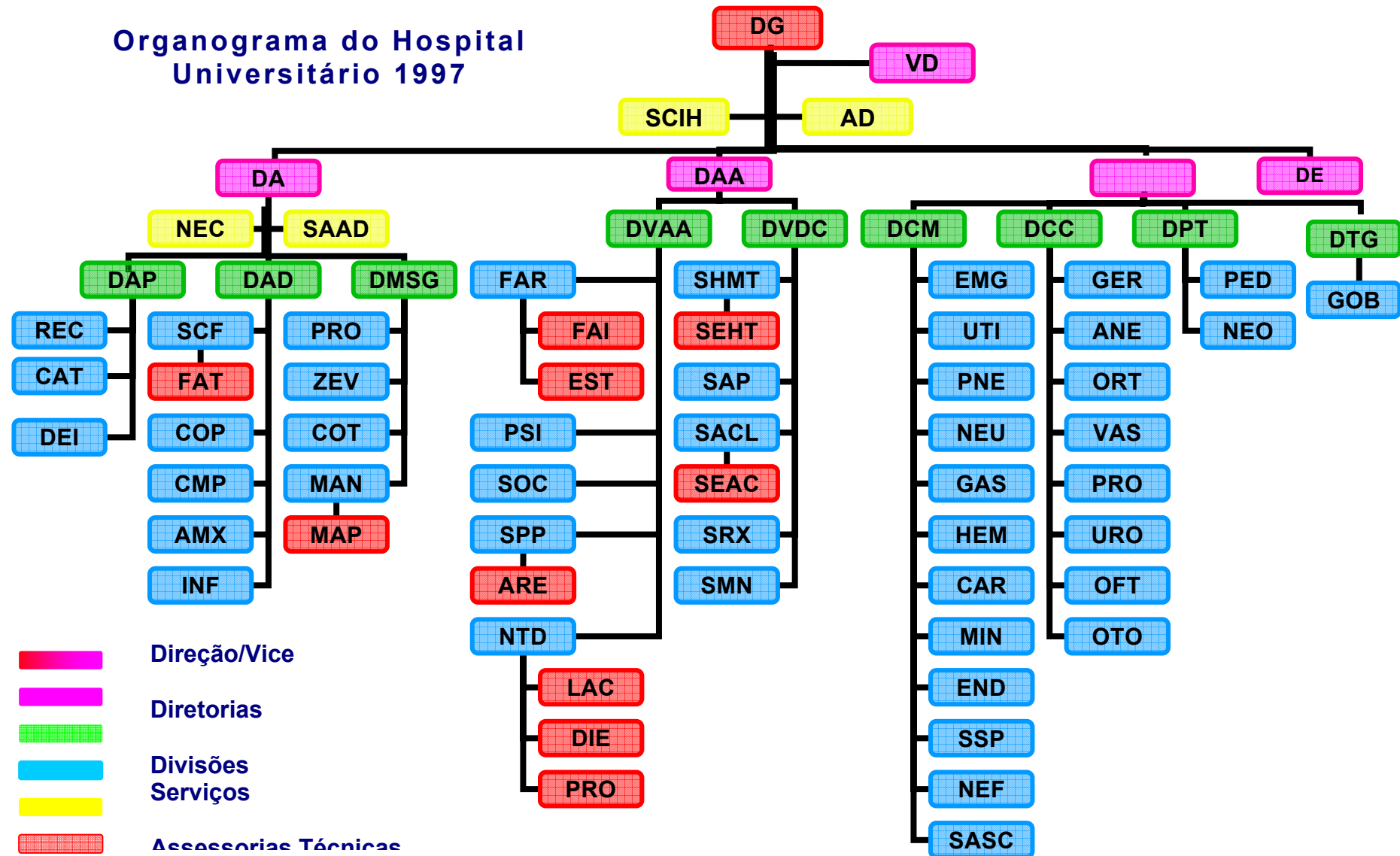
Florianópolis, _____, de _____ de 2005.

Assinatura

ANEXOS

ANEXO 01 – ORGANOGRAMA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 1997

Organograma do Hospital Universitário 1997

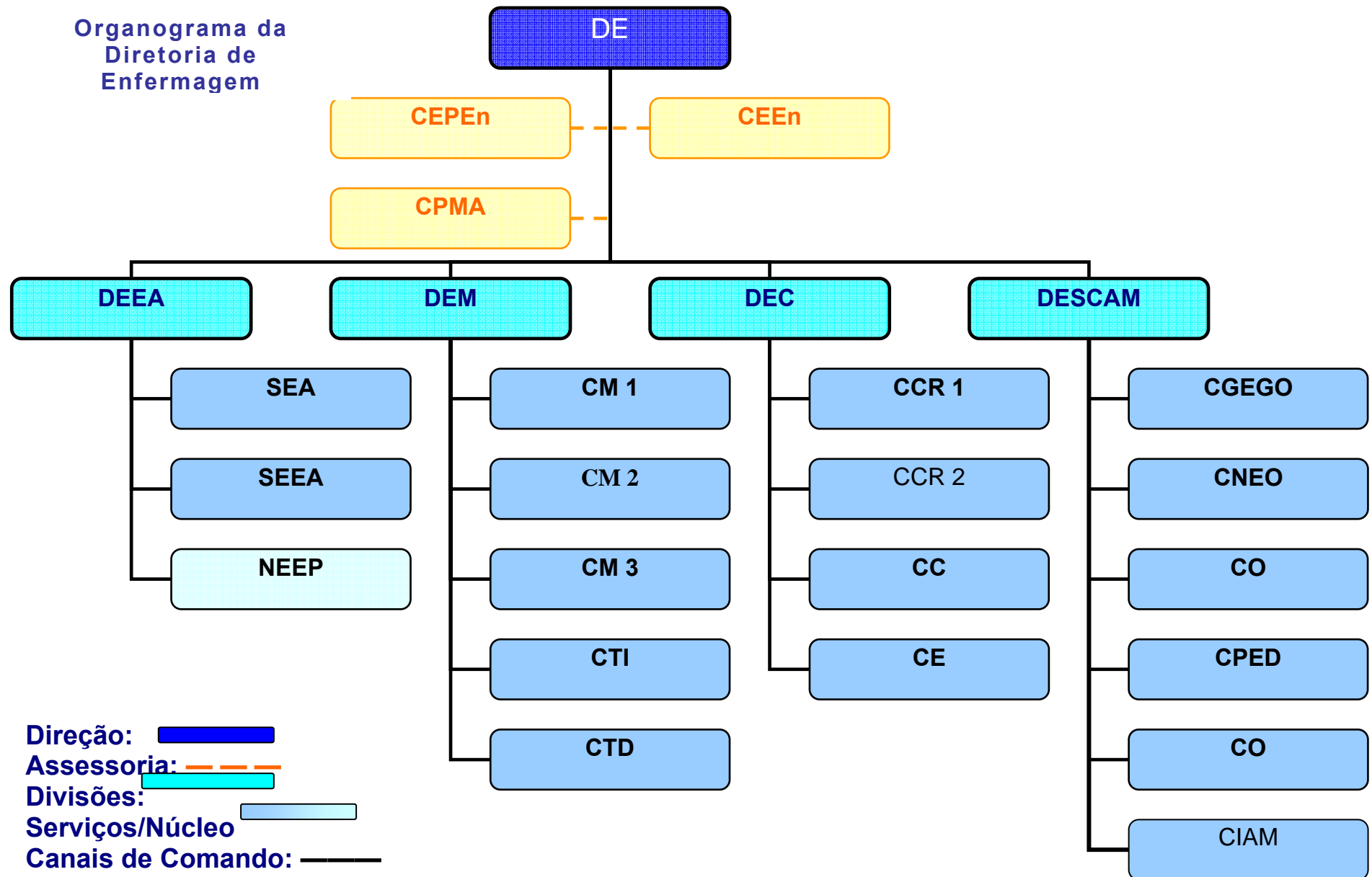


- Direção/Vice
- Diretorias
- Divisões
- Serviços
- Assessorias Técnicas

SIGLÁRIO DO ORGANOGrama DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (ANEXO 01)

AD: Assistente de Direção	DVDC: Divisão de Diagnóstico Complementar	PSI: Serviço de Psicologia
AMX: Serviço de Almoxarifado	EST: Seção de Estocagem e Distribuição	PRO (MSG): Serviço de Processamento de Roupas
ANE: Serviço de Anestesiologia	EMG: Serviço de Emergência	PRO (NTD): Seção de Produção Normal
ARE: Seção de Arquivo e Estatística	END: Serviço de Endocrinologia	PRO (DCC): Serviço de Proctologia
CAR: Serviço de Cardiologia	FAL: Seção de Farmácia Semi-Industrial	REC: Serviço de Registro e Controle
SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar	FAR: Serviço de Farmácia	SAAD: Serviço de Apoio Administrativo das Diretorias
CAT: Serviço de Capacitação Técnica	FAT: Serviço de Faturamento	SACL: Serviço de Análises Clínicas
CMP (SCM): Serviço de Controle de Material	GAS: Serviço de Gastroenterologia	SASC: Serviço de Atenção a Saúde do Campus
COP: Serviço de Compras	GER: Serviço de Cirurgia Geral	SAP: Serviço de Anatomia Patológica
DA: Diretoria Administrativa	GOB: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia	SCF: Serviço de Controle Financeiro
DAA: Diretoria de Apoio Assistencial	HEM: Serviço de Hematologia	SEAC: Seção de Análises Clínicas
DAD: Divisão de Administração	INF(SI): Serviço de Informática	SEHT: Seção de Hemoterapia
DAP: Divisão de Gestão de Pessoal	LAC: Seção de Lactário	SEI: Serviço de Educação Infantil
DCM: Divisão de Clínica Médica	MAN: Serviço de Manutenção	SHMT: Serviço de Hemoterapia
DCC: Divisão de Clínica Cirúrgica	MAP: Seção de Manutenção Predial	SMN: Serviço de Medicina Nuclear
DE: Diretoria de Enfermagem	MIN: Serviço de Medicina Interna	SOC: Serviço Social
DIE: Seção de Dietoterapia	NEC: Serviço de Engenharia Clínica	SPP: Serviço de Prontuário do Paciente
DMSG: Divisão de Manutenção de Serviços Gerais	NEF: Serviço de Nefrologia	SRX: Serviço de Radiologia
DPT: Divisão de Pediatria	NEO: Serviço de Neonatologia	SSP: Serviço de Saúde Pública
DTG: Divisão de Tocoginecologia	NEU: Serviço de Neurologia	URO: Serviço de Urologia
DVAA: Divisão de Apoio Assistencial	NTD: Serviço de Nutrição e Dietética	UTI: Serviço de Terapia Intensiva
	ORT: Serviço de Ortopedia	VAS: Serviço de Cirurgia Vascular
	OFT: Serviço de Oftalmologia	VD: Vice Diretoria
	OTO: Serviço de Otorrinolaringologia	ZEV: SERVIÇO DE ZELADORIA E VIGILÂNCIA
	PED: Serviço de Pediatria Clínica	
	PNE: Serviço de Pneumologia	

ANEXO 2 - ORGANOGRAMA DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DE MAIO/2000 (SIGLÁRIO A SEGUIR)



LISTA DE SIGLAS DO ORGANOGRAMA DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM

- CC:** Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico
- CCR 1:** Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 1
- CCR 2:** Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 2
- CE:** Serviço de Enfermagem do Centro de Esterilização
- CEEN:** Comissão de Ética da Enfermagem
- CEPEN:** Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
- CGEGO:** Serviço de Enfermagem da Clínica Ginecológica e Emergência Ginecológica e Obstétrica
- CIAM:** Central de Incentivo ao Aleitamento Materno
- CM 1:** Serviço de Enfermagem da Clínica Médica 1
- CM 2:** Serviço de Enfermagem da Clínica Médica 2
- CM 3:** Serviço de Enfermagem da Clínica Médica 3
- CNEO:** Serviço de Enfermagem da Clínica de Neonatologia
- CO:** Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico
- CO:** Serviço de Enfermagem da Clínica Obstétrica
- CPMA:** Comissão permanente de Materiais de Assistência
- CPED:** Serviço de Enfermagem da Clínica de Pediatria
- CTD:** Serviço de Enfermagem do Centro de tratamento Dialítico
- CTI:** Serviço de Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva
- DE:** Diretoria de Enfermagem
- DEC:** Divisão de Enfermagem Cirúrgica
- DEEA:** Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório
- DEM:** Divisão de Enfermagem Médica
- DESCAM:** Divisão de Enfermagem na Saúde da Mulher, Crianças e Adolescente
- NEEP:** Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica
- SEA:** Serviço de Enfermagem em Ambulatório
- SEEA:** Serviço de Enfermagem de Emergência Adulto

ANEXO 3 – REGIMENTO INTERNO DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM/ HU/UFSC**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO****REGIMENTO DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM****PREÂMBULO**

Este regimento representa o retrato da estrutura diretiva do corpo de Enfermagem do Hospital Universitário (HU), sendo elaborado num processo de construção coletiva. Procura atender prioritariamente, os interesses das pessoas que procuram os seus serviços, ao mesmo tempo em que busca aglutinar as necessidades que os trabalhadores de enfermagem acreditam ser imprescindíveis.

Assim, partindo de princípios gerais norteadores da prática, esta proposta retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da enfermagem do HU e institui as normas gerais de funcionamento da Diretoria de Enfermagem (DE), aplicável a todos os serviços lotados nesta diretoria. Para efeitos deste regimento, servidores da DE, são todas as pessoas lotadas na DE/HU, independentemente do regime empregatício.

Para o momento, este regimento reflete os anseios de todos que lutam por uma profissão verdadeiramente preocupada com uma sociedade mais justa e mais humana.

**CAPÍTULO I
DA FINALIDADE E OBJETIVO**

Art. 1º - A DE tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como de sujeito de suas ações.

Art. 2º - Integrando-se a finalidade do HU, a DE, tem por objetivos:

- I. Prestar atendimento de enfermagem em ambulatório, emergência e em regime de internação, utilizando-se de método assistencial;
- II. Ser campo de ensino, pesquisa e extensão, em cooperação com as unidades de ensino da UFSC e outras instituições de ensino e de saúde;
- III. Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional;
- IV. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º - A Diretoria de Enfermagem, é subordinada diretamente ao Diretor Geral do HU, possui administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade.

Art. 4º - A DE está organizada hierarquicamente em 04 (quatro) níveis, como instâncias executivas, a saber:

- I. Diretoria de Enfermagem
- II. Divisão de Enfermagem
- III. Serviços de Enfermagem
- IV. Núcleos

Parágrafo Único – Para efeitos hierárquicos os níveis obedecem esta nomenclatura, no entanto, poderá haver mudança na nomenclatura visando acomodar-se à estrutura político-diretiva da instituição mantendo-se, porém, os 04 níveis hierárquicos estabelecidos.

Art. 5º – Como instância deliberativa a DE está organizada hierarquicamente em 03 (três) níveis, a saber:

- I. Assembléia geral de Enfermagem
- II. Colegiado das Chefias de Enfermagem
- III. Conselho Administrativo da Diretoria de Enfermagem (CADE)

Art. 6º – Para assessoramento das atividades o órgão de enfermagem contará com Comissões permanentes e Provisórias.

Art. 7º – A Direção e Chefias de Enfermagem serão escolhidas por eleição direta, de acordo com o regimento eleitoral específico, legitimado em Assembléias Setoriais e aprovado pela Assembléia Geral da Enfermagem.

SEÇÃO I

DA ASSEMBLÉIA GERAL DA ENFERMAGEM

Art. 8º - A Assembléia Geral da Enfermagem é a instância máxima deliberativa do órgão de Enfermagem e tem finalidade deliberativa e normativa das ações a serem desenvolvidas pela DE, tendo poderes dentro do limites deste regimento, para tomar decisões de interesse da categoria. É constituído dos seguintes membros:

- I. Todos os trabalhadores lotados na DE/HU.

Art. 9º - As Assembléias Gerais, que poderão ser ordinárias (uma vez a cada ano) e extraordinárias (sempre que necessário), poderão ser convocadas pela Diretoria de Enfermagem, por maioria simples das Chefias da DE ou ainda, por maioria simples dos profissionais de enfermagem.

Art. 10º - A Assembléia será convocada através de edital que deverá ser fixado em todos os serviços e núcleos, com antecedência mínima de 05 dias.

Art. 11º - As Assembléias Gerais terão início, na primeira chamada, no horário de convocação com a presença de cinquenta por cento mais um, de seus membros, ou em segunda chamada trinta minutos após, com qualquer número de participantes.

Art. 12º - As Assembléias serão presididas pelo (a) Diretor (a) de Enfermagem ou por um presidente “ad hoc” designado pela assembléia.

Art. 13º - As decisões das Assembléias serão tomadas por maioria simples de votos dos presentes, sendo que estas decisões recaem sobre todos os profissionais lotados na enfermagem, inclusive os ausentes.

Parágrafo primeiro – Os documentos que requeiram número maior de votos para serem reformulados, devem constar do seu conteúdo, artigos que definam o quorum de deliberação.

Parágrafo segundo – Estas decisões deverão ser lavradas em Ata e amplamente divulgadas.

Parágrafo terceiro – A lista de presença da Assembléia deverá integrar a ata, em especial, quando assinada em separado.

SEÇÃO II

DO COLEGIADO DAS CHEFIAS

Art. 14º - O Colegiado das Chefias é a segunda instância deliberativa do órgão de Enfermagem, e tem como finalidade, deliberar e estabelecer proposição, para o direcionamento, exclusivamente, gerencial da DE, em questões que repercutam em todo órgão. É constituído dos seguintes membros:

- I. Todas as Chefias e Diretorias da Enfermagem
- II. Todas as Coordenações das Comissões Permanentes e Núcleos da Enfermagem

Art. 15º - O Colegiado das Chefias de Enfermagem reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês, e extraordinariamente quando convocado pela Diretoria de Enfermagem, ou ainda, quando requerida por maioria simples de seus membros, constando de convocação, a pauta de reunião.

Parágrafo primeiro – O quorum mínimo para as reuniões será de 50% mais 01 (um) de seus membros.

Parágrafo segundo – O colegiado das Chefias deliberará por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Parágrafo terceiro – Para efeitos de legitimidade, as deliberações deverão ser fundamentadas na consulta prévia dos representantes aos servidores da enfermagem, em reuniões nos seus respectivos Serviços, Comissões ou Núcleos.

SEÇÃO III

DO CONSELHO ADMINISTRATIVO

Art. 16º - O conselho Administrativo é a segunda instância deliberativa do órgão de Enfermagem e tem como finalidade, deliberar e estabelecer proposição para o direcionamento, exclusivamente, gerencial da DE, em questões de repercussão setorial. Constitui-se dos seguintes membros:

- I. Diretoria de Enfermagem
- II. Chefias de Divisões
- III. Coordenadores das Comissões permanentes de Assessoramento

Art. 17º - O Conselho Administrativo da diretoria de enfermagem (CADE) reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês, e extraordinariamente quando convocado pela

diretoria de enfermagem, ou ainda, quando requerida por maioria simples de seus membros, constando da convocação, a pauta da reunião.

Parágrafo primeiro – O quorum mínimo para as reuniões será de 50% mais 01 (hum) de seus membros.

Parágrafo segundo – O CADE deliberará por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Parágrafo terceiro – para efeitos de legitimidade, as deliberações do CADE deverão ser fundamentadas na consulta prévia dos representantes aos seus pares, em reuniões ou assembleias.

SEÇÃO IV

DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM

Art. 18º - A Diretoria de Enfermagem é a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo as deliberações da Assembleia geral e do Conselho Administrativo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem do hospital.

Art. 19º - O Diretor (a) de Enfermagem é o representante da DE perante as demais diretorias e o Diretor Geral, bem como, é o elo de ligação com o Departamento de Enfermagem nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

Art. 20º - O Diretor (a) de Enfermagem será um enfermeiro do quadro permanente da UFSC, lotado no Hospital Universitário ou no Centro de Ciências da Saúde (CCS) que tenha exercido atividades no Hospital Universitário por um período não inferior a 03 (três) anos, devendo exercer suas funções em regime de tempo integral e facultativamente em dedicação exclusiva.

Art. 21º - O Diretor (a) de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Chefes de Divisão da respectiva diretoria, por ele indicado.

Parágrafo Único – Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes:

- I. Férias
- II. Licenças regulamentadas em Lei, não superiores a seis meses
- III. Participação em eventos
- IV. Viagens a serviço

SEÇÃO V

DAS COMISSÕES TEMPORÁRIAS E PERMANENTES

Art. 22º - As Comissões são órgãos de assessoramento e/ou auditoria da Diretoria de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Parágrafo único – As Comissões de caráter temporário serão designadas pela DE, por tempo determinado para atuarem em situações específicas.

Art. 23º - As Comissões Permanentes da Diretoria de Enfermagem são:

- I. Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn)
- II. Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn)
- III. Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA)

Art. 24º - A centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem tem por finalidade buscar estratégias e programas voltados à pesquisa e formação continuada dos trabalhadores de enfermagem. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelos servidores lotados na DE e aprovado pela Assembléia Geral de Enfermagem.

Art. 25º - A Comissão de Ética tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelos servidores lotados na DE e aprovado pela Assembléia geral da Enfermagem.

Art. 26º - A Comissão de Materiais de Assistência tem por finalidade assessorar a DE nas questões relativas aos materiais de assistência de enfermagem. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelos servidores lotados na DE e aprovado pela Assembléia Geral da categoria.

SEÇÃO VI

DAS DIVISÕES DE ENFERMAGEM

Art. 27º - As divisões são órgãos de planejamento, organização e controle operacional da DE, devendo cumprir as diretrizes emanadas dos níveis hierárquicos superiores. Estão subordinadas diretamente ao Diretor (a) de Enfermagem e tem por finalidade, assessorar a DE, coordenar e viabilizar a atividades de ensino, pesquisa e administração desenvolvidas nos Serviços sob sua responsabilidade.

Parágrafo único – As Divisões de Enfermagem têm por finalidade básica o ensino, a pesquisa, a gerência e a viabilização da prestação da assistência.

Art. 28º - A Diretoria de Enfermagem possui as seguintes Divisões:

- I. Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório (DEEA)
- II. Divisão de Enfermagem Médica (DEM)
- III. Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC)
- IV. Divisão de Enfermagem em Saúde da Criança, do Adolescente e da Mulher (DESCAM)

Art. 29º - A Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório (DEEA), tem como finalidade específica a prestação da assistência de enfermagem com qualidade a todos os clientes e à comunidade universitária que procurem o HU, desenvolvendo ações de promoção da saúde, procedimentos e cuidados relativos ao restabelecimento da saúde, compensação de doenças crônicas e agudas, realização de testes diagnósticos e ações básicas de saúde, participação em equipes multiprofissional com trabalhos de grupos específicos e atividades de extensão e pesquisa na área de abrangência do HU.

Art. 30º - A Divisão de Enfermagem Médica (DEM), tem como finalidade específica a prestação da assistência de enfermagem com qualidade aos clientes e aos seus respectivos familiares envolvidos, em regime de internação para tratamento, clínica médica e terapia intensiva, bem como, a participação e colaboração com o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão.

Art. 31º - A Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC), tem como finalidade específica a prestação da assistência de enfermagem com qualidade aos clientes e aos seus respectivos familiares envolvidos, em regime de internação para tratamento de intercorrências cirúrgicas, o fornecimento de materiais estéreis apropriados para todo os Serviços do hospital, e ainda, a participação e colaboração com o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão.

Art. 32º - A Divisão de Enfermagem em Saúde da Criança, do Adolescente e da Mulher (DESCAM), tem como finalidade específica a prestação da assistência de enfermagem com qualidade a gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos, crianças, adolescentes e família, e a participação e colaboração com o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão.

SEÇÃO VII

DOS SERVIÇOS E NÚCLEOS DE ENFERMAGEM

Art. 33º - Os Serviços e Núcleos são órgãos de execução em relação à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão. São subordinados as Divisões de Enfermagem, devendo cumprir as diretrizes emanadas dos níveis hierárquicos superiores. Têm também, a finalidade de assessorar as Divisões, coordenar e viabilizar as atividades de ensino, pesquisa e administração desenvolvidas no seu respectivo serviço.

Art. 34º - Os serviços e Núcleos subordinados a Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório, são:

- I. Serviço de Enfermagem de Emergência Adulto
- II. Serviço de Enfermagem em Ambulatório
- III. Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica

Art. 35º - Os Serviços subordinados a Divisão de Enfermagem Médica, são:

- I. Serviço de Enfermagem da Clínica Médica 1
- II. Serviço de Enfermagem da Clínica Médica 2
- III. Serviço de Enfermagem da Clínica Médica 3
- IV. Serviço de Enfermagem do Centro de terapia Intensiva
- V. Serviço de Enfermagem do Centro de tratamento Dialítico

Art. 36º - Os Serviços subordinados a Divisão de Enfermagem Cirúrgica, são:

- I. Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 1
- II. Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 2
- III. Serviço de Enfermagem de Centro Cirúrgico
- IV. Serviço de Enfermagem do Centro de Esterilização

Art. 37º - Os Serviços subordinados a Divisão de Enfermagem em Saúde da Criança, do Adolescente e da Mulher, são:

- I. Serviço de Enfermagem da Clínica Ginecológica e Emergência Ginecológica e Obstétrica
- II. Serviço de Enfermagem da Clínica de Neonatologia
- III. Serviço de Enfermagem da Clínica Obstétrica
- IV. Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico
- V. Serviço de Enfermagem da Clínica Pediátrica
- VI. Central de Incentivo ao Aleitamento Materno

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 38º - Compete à Assembléia Geral da Enfermagem:

- I. Aprovar e/ou alterar o presente regimento;
- II. Aprovar e alterar a estrutura diretiva da Diretoria de Enfermagem;
- III. Aprovar a alterar os documentos básicos de organização da Diretoria de Enfermagem;
- IV. Instituir e deliberar sobre as normas internas da Diretoria;
- V. Eleger a Diretoria de Enfermagem, bem como as Chefias de Divisões, Serviços e Núcleos;

Art. 39º - Compete ao Colegiado das Chefias de Enfermagem:

- I. Deliberar e estabelecer proposições para o direcionamento gerencial da Enfermagem;
- II. Aprovar e alterar documentos administrativos da Enfermagem;
- III. Favorecer a uniformização das normas administrativas entre os diversos serviços da enfermagem;
- IV. Promover e estimular a parceria docente assistencial;
- V. Colaborar no envolvimento HU/Departamento de Enfermagem visando a excelência do campo de estágio e a promoção do ensino, da pesquisa e da extensão;

Art. 40º - Compete ao Conselho Administrativo:

- I. Deliberar e estabelecer proposições para o direcionamento gerencial da DE;
- II. Prestar assessoramento à DE, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- III. Prestar assessoramento às Divisões e serviços, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- IV. Promover e estimular a parceria docente assistencial;
- V. Colaborar no envolvimento HU/Departamento de Enfermagem visando a excelência do campo de estágio e a promoção do ensino, da pesquisa e da extensão.
- VI. Fortalecer a DE, oferecendo subsídios, em situações que envolvam questões gerenciais da enfermagem;

- VII. Promover a inter-relação com os demais Serviços do Hospital e da Universidade.

Art. 41º - Compete à Diretoria de Enfermagem:

- I. Prestar assessoramento a Direção Geral nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- II. Prestar assessoramento as demais diretorias do HU, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- III. Promover e estimular a parceria docente assistencial, com as demais diretorias, órgãos da UFSC e comunidade;
- IV. Representar a Diretoria de Enfermagem no Conselho Diretor do HU, nas reuniões multidisciplinares no HU/UFSC e na comunidade;
- V. Homologar as decisões das reuniões da Assembléia Geral, do Colegiado das Chefias e do Conselho Administrativo.

Art. 42º - Compete ao Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem:

- I. Prestar assessoramento à DE, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- II. Prestar assessoramento às Divisões e Serviços, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- III. Participar da elaboração de normas e rotinas da DE;
- IV. Elaborar planejamento e relatório à ser entregue a DE;
- V. Coordenar os cronogramas de estágios realizados pela Enfermagem;
- VI. Receber e avaliar relatórios de estágios da Enfermagem;
- VII. Realizar e/ou viabilizar as atividades relacionadas às visitas na área de enfermagem;
- VIII. Atuar no recrutamento, seleção e admissão dos funcionários da DE;
- IX. Atuar no remanejamento interno dos funcionários da enfermagem;
- X. Organizar, normatizar e viabilizar os afastamentos de curta e longa duração (cursos, jornadas, congresso e/ou eventos de enfermagem, especialização, mestrado, doutorado, etc);
- XI. Participar da organização dos eventos de Enfermagem do HU;
- XII. Promover e estimular a parceria docente assistencial;
- XIII. Coordenar o registro e controle das avaliações de desempenho dos funcionários da DE;

- XIV. Elaborar, executar e avaliar os programas de acompanhamento e orientação do funcionário recém-admitido e de capacitação e atualização da equipe de enfermagem;
- XV. Colaborar na divulgação dos eventos da enfermagem;
- XVI. Buscar a integração com as Divisões, Serviços e Comissões Permanentes da DE, com o objetivo de favorecer a educação no trabalho;
- XVII. Estimular a formação de grupos de estudo e incentivar à pesquisa na DE;
- XVIII. Organizar, atualizar e divulgar a utilização da biblioteca do CEPEN;
- XIX. Organizar e controlar a emissão de certificados dos cursos realizados pelo CEPEN;
- XX. Prover material necessário para execução dos cursos e demais atividades realizadas pelo CEPEN;
- XXI. Participar da realização do levantamento das necessidades de intervenção do CEPEN nas diversas áreas da enfermagem, em colaboração com as chefias dos Serviços;
- XXII. Coordenar o desenvolvimento dos processos educativos sistemáticos a toda equipe de enfermagem;
- XXIII. Promover e manter o bom relacionamento nas linhas hierárquicas e estimular o trabalho em equipe;
- XXIV. Cumprir e fazer cumprir as disposições das normas legais da profissão e da instituição;

Art. 43º - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

- I. Divulgar os objetivos da CEEEn-HU;
- II. Divulgar a Código de ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- III. Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem a interpretação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- IV. Assessorar a DE, nas questões éticas e disciplinares;
- V. Orientar a equipe de enfermagem sobre a necessidade de um comportamento ético-profissional e das implicações advindas de atitudes antiéticas;
- VI. Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas;
- VII. Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- VIII. Apreçar e emitir parecer sobre questões éticas da enfermagem, sempre que necessário;

- IX. Apreciar e emitir parecer sobre os aspectos éticos dos projetos das pesquisas desenvolvidas por profissionais de enfermagem, salvo os casos que estão previsto nas normas do Comitê de Bioética da UFSC;
- X. Zelar pelo exercício ético profissionais de enfermagem;
- XI. Promover:
 - a) O exercício ético da profissão;
 - b) As condições oferecidas pela entidade e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional;
 - c) A qualidade de atendimento dispensados à clientela pelos profissionais da enfermagem;
- XII. Assessorar as comissões de averiguação nas denúncias ou fato antiético;
- XIII. Colaborar com a DE na comunicação, por escrito, ao COREN-SC, das irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas;
- XIV. Encaminhar, anualmente ao COREN-SC e DE, planejamento das atividades a serem desenvolvidas e relatório das atividades do ano anterior;
- XV. Solicitar assessoramento, sempre que necessário;
- XVI. Cumprir e fazer cumprir as disposições das normas legais da profissão e da instituição;

Art. 44º - Compete à Comissão Permanente de Materiais de Assistência:

- I. Prestar assessoramento à DE, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- II. Prestar assessoramento às Divisões e Serviços, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- III. Participar da elaboração de normas e rotinas da DE;
- IV. Elaborar planejamento e relatório a ser entregue a DE;
- V. Promover e manter o bom relacionamento nas linhas hierárquicas e estimular o trabalho em equipe;
- VI. Promover e estimular a parceria docente assistencial;
- VII. Participar da organização dos eventos de Enfermagem do HU;
- VIII. Cooperar com o NFR/CCS/UFSC, na previsão e aquisição de material do laboratório de enfermagem;
- IX. Compor comissões de análise e compras de materiais de assistência, levando em conta a especificidade do material;
- X. Coordenar o processo de planejamento, organização, controle e utilização do material de assistência, para o adequado desenvolvimento das atividades dos serviços;

- XI. Coordenar a emissão dos pareceres técnicos;
- XII. Coordenar a análise dos processos de compras de materiais de assistência;
- XIII. Coordenar e avaliar a distribuição de cotas de materiais estipuladas para cada Serviço;
- XIV. Fornecer treinamento na utilização de equipamentos e materiais de assistência;
- XV. Colaborar na supervisão da adequada utilização, armazenamento e controle dos materiais e equipamentos, bem como do ambiente físico de trabalho;
- XVI. Colaborar na divulgação dos eventos da enfermagem;
- XVII. Estimular a formação de grupos de estudo e incentivar à pesquisa na DE;
- XVIII. Participar da realização do levantamento das necessidades de intervenção do CPMA nas diversas áreas da enfermagem, em colaboração com as chefias dos Serviços;
- XIX. Cumprir e fazer cumprir as disposições das normas legais da profissão e da instituição;

Art. 45º - Compete às Divisões de Enfermagem:

- I. Prestar assessoramento à DE, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- II. Prestar assessoramento aos Serviços, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- III. Participar da elaboração de normas e rotinas da DE;
- IV. Elaborar planejamento e relatório à ser entregue a DE;
- V. Promover e manter o bom relacionamento nas linhas hierárquicas e estimular o trabalho em equipe;
- VI. Promover e estimular a parceria docente assistencial;
- VII. Participar da organização dos eventos de Enfermagem do HU;
- VIII. Colaborar com a DE no planejamento, organização e supervisão da assistência, ensino, pesquisa e extensão, dos seus respectivos Serviços;
- IX. Substituir a DE nos seus impedimentos;
- X. Participar como membro efetivo do CEPEN e estimular a participação dos seus Serviços nos programas deste Centro;
- XI. Zelar pelo desenvolvimento pessoal e profissional da enfermagem;
- XII. Assessorar os seus respectivos Serviços na previsão de recursos (humanos, materiais, equipamentos) necessários ao adequado desenvolvimento das atividades;

- XIII. Assessorar os seus respectivos Serviços na elaboração de planejamentos e relatórios a serem entregues a DE;
- XIV. Fornecer treinamento na utilização de equipamentos e materiais de assistência;
- XV. Assessorar às chefias dos seus respectivos Serviços na elaboração de documentos administrativos (memorandos, ordem de serviços, escalas, normas e rotinas);
- XVI. Colaborar na divulgação dos eventos da enfermagem;
- XVII. Estimular a formação de grupos de estudo e incentivar à pesquisa na DE;
- XVIII. Participar da realização do levantamento das necessidades de intervenção das assessorias nas diversas áreas da enfermagem, em colaboração com as chefias dos Serviços;
- XIX. Acompanhar e analisar a avaliação do desempenho da equipe de enfermagem dos Serviços sob a sua responsabilidade;
- XX. Realizar e/ou acompanhar o remanejamento de pessoal entre os Serviços, conforme a necessidade;
- XXI. Cumprir as disposições das normas legais da profissão e da instituição;

Art. 46º - Compete aos Serviços e Núcleos de Enfermagem:

- I. Prestar assessoramento à Divisão, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- II. Prestar assessoramento aos demais Serviços, nas questões relacionadas com a sua finalidade;
- III. Participar da elaboração de normas e rotinas da DE;
- IV. Elaborar planejamento e relatório à ser entregue à Divisão;
- V. Promover e estimular a parceria docente assistencial;
- VI. Promover e estimular a parceria docente assistencial;
- VII. Participar da organização dos eventos de Enfermagem do HU;
- VIII. Realizar o planejamento, organização e supervisão da assistência, ensino, pesquisa e extensão, do seu respectivo Serviço;
- IX. Substituir a chefia da Divisão nos seus impedimentos;
- X. Participar e contribuir com o programa do CEPEN e estimular a participação da equipe sob a sua responsabilidade;
- XI. Zelar pelo desenvolvimento pessoal e profissional da equipe de enfermagem;
- XII. Fazer a previsão de recursos (humanos, materiais, equipamentos) necessários ao adequado desenvolvimento das atividades;
- XIII. Executar e avaliar o método da assistência de enfermagem;

- XIV. Elaborar documentos administrativos (memorandos, ordem de serviços, escalas, normas e rotinas);
- XV. Supervisionar e orientar a assistência de enfermagem segundo os padrões estabelecidos pela instituição;
- XVI. Colaborar na divulgação dos eventos da enfermagem;
- XVII. Estimular a formação de grupos de estudos e incentivar à pesquisa na DE;
- XVIII. Realizar o levantamento das necessidades de intervenção das assessorias no seu respectivo Serviço;
- XIX. Executar e analisar a avaliação do desempenho da equipe de enfermagem sob a sua responsabilidade;
- XX. Executar e avaliar os procedimentos relacionados com o absenteísmo, assiduidade, pontualidade de sua equipe;
- XXI. Prestar informações referentes ao Serviço, para clientes, familiares, professores, alunos, servidores e visitantes;
- XXII. Cumprir e fazer cumprir as disposições das normas legais da profissão e da instituição;

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 47º - Este regimento poderá ser alterado por proposta da Diretoria de Enfermagem, do Conselho Administrativo, ou ainda, por solicitação da categoria, desde que aprovado em Assembléia Geral.

Art. 48º - Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Administrativo.

Art. 49º - Este regimento entrará em vigor a partir de sua aprovação pela Assembléia Geral da Enfermagem – HU.

Florianópolis, 03 de maio de 2004.

Aprovado em Assembléia Geral da Enfermagem, realizada em 03/05/04.

ANEXO 4 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO N° 048/05**

I – Identificação

Título do Projeto: A participação no processo decisório na percepção dos sujeitos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário: uma reflexão em busca do exercício da cidadania democrática

Pesquisador Responsável: Profa. Francine Lima Gelbecke

Pesquisador Principal: Eunice Maria Hirt

Data Coleta dados: maio/2005 a julho/ 2005

Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital Universitário/ UFSC

II - Objetivos:

a) **geral:** analisar a participação dos sujeitos trabalhadores de enfermagem da DE/HU/UFSC, nos processos decisórios a partir de suas vivências

b) **específicos:**

. verificar se os diferentes espaços coletivos de caráter político propiciam a participação efetiva dos sujeitos trabalhadores de enfermagem na tomada de decisão

. compreender a partir de um processo reflexivo, a percepção dos sujeitos trabalhadores de enfermagem, acerca da dimensão dos espaços de participação e o papel dos representantes

. apontar novas possibilidades para a construção de espaços participativos que efetive a participação.

III - Sumário do Projeto : O estudo consiste na análise de dados a partir de entrevista com roteiro semi-estruturado.

descrição e caracterização da amostra: a amostra é composta por trabalhadores de nível superior e médio, totalizando 16 profissionais

Adequação da metodologia e das condições: a abordagem utilizada é adequada

IV – Comentários frente à Resolução 196/96 CNS e complementares: O protocolo da pesquisa contém documentos necessários para a sua análise e exigidos pela legislação. Não há estimativas de risco para os sujeitos. Quanto aos benefícios, espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para a direção de enfermagem, possibilitando uma análise dos espaços de participação e como esta se dá nas diferentes instâncias.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): O TCLE está bem redigido e apresenta todas as informações relevantes para a obtenção de consentimento.

PARECER DO CEP: APROVADO

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade em reunião deste Comitê na data de 27 de junho de 2005.

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador em Exercício do Comitê
de Ética em Pesquisa - CEP/UFSC.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.